

Universitat de Lleida

**Propuesta para la cartera de servicios de la Unidad de Ginecología y
Obstetricia del Hospital Universitario Arnau de Vilanova:
Parto Natural Hospitalario**

Por: Mercedes Gloria Simón Labory

Facultad de Enfermería

Grado en Enfermería

Trabajo presentado a:
Dra. Eva Barallat Gimeno

Trabajo de Fin de Grado
2014-2015

14/05/2015

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Resumen..... | 4 |
| 2. Introducción | 6 |
| 2. Justificación | 8 |
| 3. Marco teórico..... | 8 |
| 3.1 Conceptos..... | 8 |
| 3.2 Historia de la asistencia al parto | 9 |
| 3.3 Modelos de asistencia al parto | 11 |
| 3.3 Factores predisponentes hacia un nuevo modelo de asistencia | 12 |
| 3.4 Asistencia Parto Normal..... | 20 |
| 5. Objetivos..... | 22 |
| 6. Metodología | 23 |
| 6.1 Población diana | 23 |
| 6.1 Metodología de búsqueda | 23 |
| 6.2 Síntesis de la evidencia..... | 24 |
| 7. Intervención | 26 |
| 7.1 Atención a la mujer: llegada al hospital | 28 |
| 7.2 Ingreso en la habitación del parto normal | 28 |
| 7.3 Primera etapa del parto: Periodo de dilatación..... | 29 |
| 7.4 Segunda etapa del parto: periodo expulsivo | 33 |
| 7.5 Tercera etapa del parto: periodo de alumbramiento | 36 |
| 7.6 Presupuesto de infraestructuras para la asistencia al parto natural hospitalario..... | 36 |
| 8. Consideraciones éticas | 37 |
| 9. Evaluación de la intervención | 38 |
| 10. Discusión | 40 |
| 11. Conclusión | 42 |
| 12. Bibliografía..... | 43 |
| 13. Anexos | 47 |
| 13.1 Anexo 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica..... | 47 |
| 13.2 Anexo 2: Posiciones durante el trabajo del parto..... | 46 |
| 13.3 Anexo 3: Plan de Parto del Ministerio de Sanidad | 48 |
| 13.3 Anexo 4: Consentimiento Informado..... | 68 |

ÍNDICE DE ALGORITMOS

| | |
|--|----|
| Algoritmo 1: Influencias en el curso parto..... | 13 |
| Algoritmo 2: Coste de las Cesáreas innecesarias en la provincia de Lleida..... | 18 |
| Algoritmo 3: Coste de las Cesáreas innecesarias en el HUAV..... | 19 |
| Algoritmo 4: Evolución durante el embarazo..... | 27 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Modelos asistenciales..... | 12 |
| Tabla 2: Modelo de estrategia de búsqueda bibliográfica..... | 24 |
| Tabla 3: Intervalo de tiempo de cada intervención de control..... | 30 |
| Tabla 4: Coste total de utensilios..... | 37 |
| Tabla 5: Evaluación de la satisfacción de los usuarios..... | 38 |
| Tabla 6: Evaluación de la eficacia de la guía..... | 39 |
| Tabla 7: Evaluación de los costes económicos del hospital. | 40 |

1. Resumen

Introducción: El parto es un proceso fisiológico de la mujer que finaliza con el nacimiento de un nuevo ser. El desarrollo científico-tecnológico ha comportado una progresiva medicalización del proceso del embarazo, parto y puerperio. La institucionalización del proceso del parto en los hospitales ha hecho que se desarrolle una serie de intervenciones estandarizadas y rutinarias con las que asisten a cualquier tipo de embarazo quedando la opinión de la madre en un segundo plano. En la actualidad, nuestra sociedad demanda una mejora en la calidad asistencial, por ello en nuestro país han visto necesario el desarrollo de una serie de guías o protocolos con el fin de llevar a cabo una atención más natural.

Objetivos: Crear una guía de práctica clínica basándonos en la evidencia científica para atender el parto natural hospitalario que sitúe a la mujer en el centro de toma de decisiones, que mantenga la seguridad del proceso en todo momento, que sea validado por el profesional que atiende el parto y que mejore la satisfacción de los usuarios y profesionales.

Metodología: Búsqueda bibliográfica de carácter oficial y de fuentes de información totalmente fiables y críticas, posteriores al año 2005 y que aborden datos epidemiológicos, prevalencia/incidencia y una explicación detallada sobre la asistencia al parto natural por un equipo de matronas.

Conclusiones: La opción de implantar la guía de práctica clínica nos permitiría una serie de cambios en la satisfacción de la mujer y su pareja, la reeducación de los profesionales en el parto natural y la disminución de los gastos al hospital.

Palabras claves: parto natural, etapas, matrona, humanización, asistencia.

Abstract

Introduction: Childbirth is a physiological process of women ending with the birth of a new being. The scientific and technological development has led to a gradual process of medicalization of pregnancy, childbirth and postpartum. The institutionalization of the process of childbirth in hospitals has made a series of standardized and routine interventions with attending any type of pregnancy being the opinion of the mother in the background to develop. Today, our society demands an improvement in the quality of care, so in our country have been necessary to develop a set of guidelines or protocols in order to conduct a more natural attention

Objectives: To develop a clinical practice based on scientific evidence to meet the hospital natural birth that places women at the center of decision-making, to maintain process safety at all times, which is validated by the professional who attends childbirth and improve the satisfaction of users and professionals.

Methodology: Bibliographic search of official and fully reliable information sources and criticism, after the year 2005 and addressing epidemiological data, prevalence / incidence and a detailed explanation on assistance to natural childbirth by a team of midwives.

Conclusions: The option of implementing the clinical practice guideline would allow us a number of changes to the satisfaction of the woman and her partner, the reeducation of professionals in natural childbirth and reduced hospital costs.

Keywords: natural childbirth, labour periods, midwife, humanizing delivery assistance.

2. Introducción

El parto es un proceso fisiológico de la mujer en el que finaliza con el nacimiento de un nuevo ser que deberá adaptarse a la vida extrauterina. Este como otros muchos procesos en la vida del ser humano han tenido una evolución y han variado según la época, cultura y contexto en el que se ha producido desarrollando con él diferentes ideologías y modelos asistenciales.

La evolución de la tecnología en el mundo de la ciencia ha hecho que exista una dependencia excesiva de su valor, llegando a implantarse sin constatar en muchas ocasiones la evidencia científica. En nuestra sociedad desarrollada impera el modelo tecnocrático o médico occidental, basándose en el método científico, separando el cuerpo y la mente de la persona y adquiriendo la responsabilidad de los procesos de la persona, los profesionales. Dentro del mundo obstétrico, se considera a la mujer embarazada que tiene una patología, por lo que conlleva un riesgo continuo, cuando realmente lo que le ocurre es un proceso fisiológico y natural dentro del ciclo de la vida, aunque en ocasiones según los diferentes factores (biológicos, sociales o emocionales) que envuelven a la mujer, se han desarrollado una serie de medidas para prevenir todo riesgo que perjudique tanto a la madre como al bebé (1).

El parto como proceso natural, está siendo atendido a través de una serie de intervenciones estandarizadas y rutinarias, dentro de un medio hospitalario y con personal especializado. Los centros hospitalarios buscan los mejores resultados, en este caso llegar a un número de nacimientos en un determinado tiempo, por eso si es necesario usan intervenciones innecesarias que aceleren el proceso, siendo en ocasiones que conlleven más complicaciones que ventajas para la madre y para el bebé y además para el sistema sanitario. Pero no tienen en cuenta el proceso del parto, donde se recojan las necesidades biológicas, afectivas, personales y sociales de la mujer y su familia. La mayoría de las ocasiones, la mujer a la que se atiende es una mujer sana, que con mínimas indicaciones, atención y apoyo continuo familiar y profesional, puede realizar el proceso sin poner en riesgo su seguridad y la del bebé. Pero el cambio hacia una asistencia más individualizada no es sólo una responsabilidad de los profesionales sanitarios, sino también de la conciencia social y de los conceptos generales sobre maternidad, parto, dolor y también de la presión médico-legal (2).

Pero ya fue en el año 1985, donde los profesionales del mundo de la obstetricia se dieron cuenta del gran intervencionismo que estaba ganando la asistencia al parto y decidieron reunirse los miembros de la Región Europea de la OMS, la Región Americana y la Organización Panamericana de la Salud para establecer una serie de recomendaciones apropiadas para el parto. Pero no fue hasta el año 1996 que la OMS instaure la Guía práctica para el Parto Normal(3). Pero en España no fue hasta el año 2007 cuando se publica la Estrategia de Atención al Parto Normal, con el fin de mejorar una asistencia de calidad con la actualización de intervenciones basadas en la evidencia científica (4), refiriéndose a la eliminación de ciertas prácticas innecesarias y la incorporación de otras alternativas. Y en marzo del 2007 en Cataluña se publica Protocolo para la Asistencia Natural al Parto Normal (5), que serviría de herramienta de ayuda para los Hospitales y profesionales con el fin de llevar una atención más natural al parto normal, pero que todavía no se lleva a cabo en su totalidad en los hospitales de Cataluña.

Desde el comienzo del embarazo, es importante que las gestantes y sus parejas dispongan de la información de la oferta de los servicios sanitarios donde se atiende el parto y a su vez de la formación para la preparación de este mientras que establezcan contacto con el equipo de profesionales formados en la asistencia al parto normal, en su mayoría con matronas y matrones que serán los encargados de asistir el parto normal de la mujer de bajo riesgo. Dichos profesionales adquieren una serie de competencias adecuadas para poder ser los responsables de la conducción del parto normal y por ello de detectar las complicaciones que este pueda tener. La importancia del proceso es que las mujeres tengan confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que las matronas contribuyan a la mejor evolución de este.

2. Justificación

La elevada medicalización del parto, nos muestra una tasa muy elevada de cesáreas innecesarias según las recomendaciones de la OMS, hecho que conlleva una serie de consecuencias económicas y sanitarias negativas para nuestra población. El hecho de no disponer de las infraestructuras necesarias para la asistencia al parto natural hospitalizado en el HUAV, del mismo modo de una falta de normas claras para los profesionales que atienden al parto en el periodo del parto; además de conocer la práctica que se realiza en el HUAV, encontrando como carencia la falta de asistencia al parto normal a las mujeres de Lleida, me hace plantear la siguiente pregunta de Investigación: ***¿Cuál es la efectividad del parto no intervenido a mujeres con un curso de embarazo de bajo riesgo?***

3. Marco teórico

Para poder entender los principales conceptos que aparecerán a lo largo del trabajo desarrollaré algunos de estos para una mejor comprensión:

3.1 Conceptos

Parto. Es aquel proceso que conseguirá el tránsito del feto desde el interior de la cavidad uterina, hasta el exterior del organismo materno (6)(7).

Parto normal. Proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término, entre las 37 y las 42 semanas cumplidas. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Adquiriendo la mujer una participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados siendo fluida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales (6)(7).

Parto distócico. Proceso de parto que evoluciona de forma anómala a consecuencia de alteraciones en dinámica uterina, fetales o en el canal del parto. Está indicado en estos casos la instrumentalización o la realización de una cesárea (6)(7).

Mujer sana. No padece una enfermedad o presenta una complicación del embarazo, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino

restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, etc., que hagan recomendable recurrir a cuidados o intervenciones específicas (1).

Dilatación: primera etapa del parto. Aparición de contracciones progresivamente e intensas. Las contracciones se irán convirtiendo en rítmicas y dolorosas consiguiendo que el cuello del útero se acorte de forma gradual, adquiera una consistencia blanda y vaya dilatándose. Se considera que el parto es latente cuando el cuello tiene una dilatación de alrededor de 4 centímetros y culmina al alcanzar los 10 cm. Su duración es variable y depende sobre todo del número de partos que ha tenido cada mujer y su progreso no es necesariamente lineal (6)(7).

Expulsivo: segunda etapa del parto. Inicio tras una dilatación de 10 cm. Al inicio de esta etapa no se percibe sensación de pujo y las contracciones uterinas hacen descender la cabeza del bebé a lo largo de la vagina. Pueden alcanzar una duración de dos horas en las mujeres nulíparas y en las mujeres multíparas hasta una hora sin recibir analgesia epidural. Cuando el bebé ya es visible se producen las contracciones del expulsivo o se percibe el deseo del pujo. A partir de este momento el pujo materno ayuda el descenso y permite el nacimiento del bebé. La duración normal sin epidural es de hasta una hora y hasta dos horas con epidural (6)(7).

Alumbramiento: tercera etapa del parto. Inicia tras el nacimiento, y consiste en el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas. Se producen unas contracciones menos intensas y dolorosas que las del periodo de dilatación, que ayudan a que la placenta se desprenda de la pared uterina y sea expulsada. Normalmente se produce en el transcurso de 30 minutos tras el nacimiento (6)(7).

Práctica clínica. Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada (6)(7).

3.2 Historia de la asistencia al parto

Para poder entender como hoy en día se realiza la asistencia al parto debemos de conocer su evolución a lo largo de la historia, ya que desde los inicios de esta ha precisado una serie de cuidados y atenciones. La profesión de comadrona reconocida como una de las profesiones más antiguas (8).

Las primeras noticias que tenemos sobre nuestros antecesores en el proceso del parto podemos encontrarlas en las pinturas rupestres, símbolos que nos hacen pensar que las

mujeres lo vivían en soledad y el momento del parto no era doloroso se colocaba en posición de cuclillas o con las nalgas o las rodillas sobre piedras de gran tamaño. Existen ilustraciones de la Edad Antigua, como es en Egipto donde muestra la mujer como principal cuidadora del parto y no solamente le dan importancia a la posición de la mujer si no que la dan importancia de su cuerpo y el cabello, debían estar desnudas y no se recogían el pelo para evitar cualquier atadura que pudiera complicar el parto. También comenzaron a utilizar utensilios como son un taburete de nacimiento, una silla con un agujero, y para disminuir el dolor bebían cerveza además de invocar a los dioses para que las protegieran. En el periodo clásico y medieval, las mujeres seguían siendo protagonistas del cuidado de la mujer en el parto. Pero fue entonces cuando empezaron a surgir colegios médicos que tuvieron un auge durante el renacimiento formados por varones, y centraron su interés en el conocimiento teórico del proceso procreativo, como es en este caso en el parto. En un principio, estos profesionales médicos, sólo actuaban en casos excepcionales como cuando se necesitaba desmembrar a algún feto muerto para sacarlo del útero. Ya en el siglo XVII, la figura del médico empieza a ganar importancia debido a su mejor preparación y conocimiento, y es lo que hace que empiecen a asistir los partos, mientras que en segundo plano se quedan las comadronas de entonces. Poco a poco se fue transformando la concepción del parto como una enfermedad que requería ser atendida, incorporando en los partos la figura del cirujano y el uso de la instrumentación fórceps haciendo que la mujer debía permanecer en posición horizontal en la cama. En la década de los 70 con el uso de la anestesia peridural, comienza la tecnificación de la asistencia al parto. Y este contexto explica que el proceso del parto comience a ser atendido en los hospitales siendo estos partos complicados y en los que se representa la gestante como una mujer enferma. Posteriormente de la Segunda Guerra Mundial los servicios de maternidad pasan a ser un fenómeno global y durante la segunda mitad del siglo XX cambia el escenario de la asistencia al parto normal, al trasladarse éste del interior del hogar a una sala de hospital, justificándose en las mejoras de seguridad y en los resultados obstétricos, imponiéndose así un dominio médico del proceso, con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo (9)(10).

Y es en 1980 cuando los profesionales sanitarios empiezan a cuestionarse las praxis médicas, influyendo así las ideas dominantes produciendo una serie de cambios en que debería ser una atención de calidad, reivindicándose el empoderamiento de la mujer. A consecuencia de este cambio de mentalidad, la OMS celebra una conferencia sobre la tecnología apropiada para el

parto al que asistieron matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociológicos, psicológicos, economistas, administradores sanitarios y madres. Consideraron que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho a la mujer a una asistencia adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando con ello su autonomía. La OMS promulgó unas recomendaciones en torno a la atención centrada en la mujer, su participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, dándole una atención integral y logística. En el caso de España en 2007 crea el Ministerio de Sanidad y consumo, una Estrategia de la Asistencia al Parto Normal en la que refiere la eliminación de algunas prácticas innecesarias, y a la incorporación de nuevas alternativas a las ya existentes. Y sobre todo destaca la importancia de promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso y además que sean protagonistas de cada una de sus decisiones sobre el curso del parto (11).

3.3 Modelos de asistencia al parto

El desarrollo científico-tecnológico ha comportado una progresiva medicalización del proceso de embarazo, parto y puerperio y la institucionalización de la atención al parto en los hospitales en la mayoría de países industrializados. Pero existen diferentes modelos organizativos y de atención al parto como modelos de asistencia dentro del mundo sanitario, según el D. Floyd podemos distinguir los siguientes ejemplos de modelos asistenciales (12):

- Modelo médico hegemónico o tecnocrático: modelo imperante en nuestra sociedad y se basa en el método científico. Separación del cuerpo y mente, construcción del cuerpo como máquina y el paciente como objeto. La organización profesional es jerárquica y recae en la toda responsabilidad y autoridad, una asistencia estandarizada y la tecnología ocupa un papel central.
- Modelo humanístico: este modelo parece representar una respuesta humana en reacción a los excesos del modelo tecnocrático. Conexión mente y cuerpo, el paciente como un sujeto racional con el que el profesional debe conectar por ello la importancia de las emociones y lo social. La responsabilidad es compartida paciente-profesional, una asistencia individualizada y el uso de la tecnología es razonable. Importancia de la medicina basa en la evidencia, además de aceptar alternativas.
- Modelo holístico: unidad de cuerpo-mente y espíritu. Considera cuerpo como un sistema de energía y trata a la persona en todo el contexto de su vida. Decisiones

propias del paciente, responsabilizándose de su salud. Unidad profesional y paciente, individualización terapéutica y no se descarta el uso de la tecnología sino que su uso es razonable. Incorporando variadas asistencias alternativas.

Dentro de la Unión Europea podemos clasificar los países según su modelo de asistencia, tal y como se muestra en la Tabla 1 (4)(13):

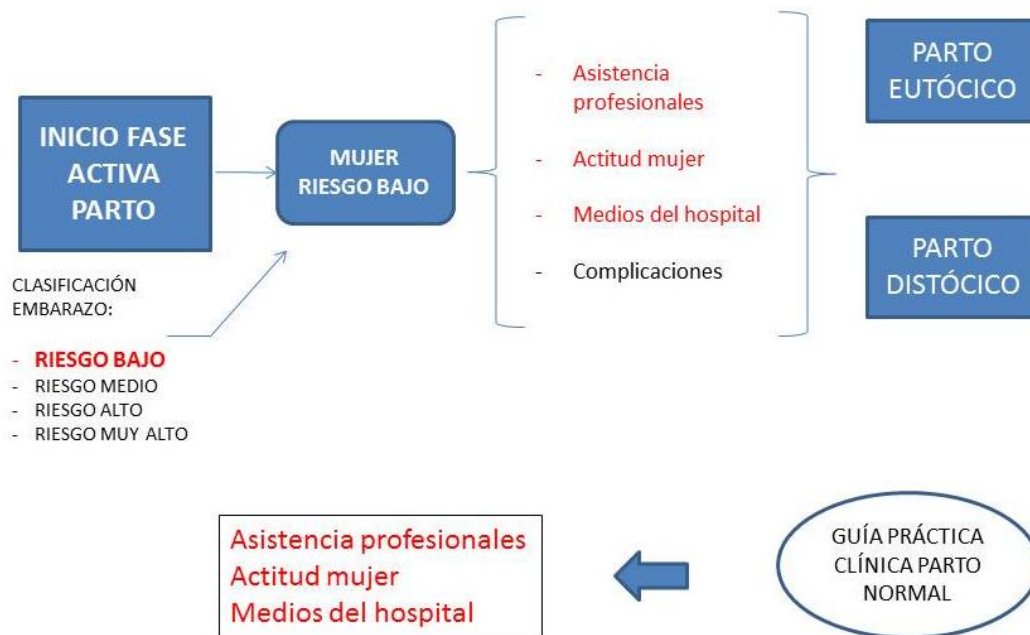
| MODELO ASISTENCIAL | PAÍSES |
|--------------------|---|
| Modelo hegemónico | España, Rusia, República Checa, Irlanda, Francia y Bélgica. |
| Modelo humanístico | Reino Unido y Alemania. |
| Modelo holístico | Holanda y Países Escandinavos. |

Tabla 1: Modelos asistenciales

Desde el año 2007 en España, el modelo tecnocrático del parto había sido ampliamente un modelo hegemónico, pero empieza un declive en este modelo y el interés hacia un modelo humanístico, además con la incorporación de elementos sociales y afectivos que permiten abordar los procesos fisiológicos en este caso, el parto. Dirigiéndose hacia una asistencia más completa en todos los aspectos de la persona.

3. 3 Factores predisponentes hacia un nuevo modelo de asistencia

Los ingresos por parto contribuyen a una proporción significativa de la actividad hospitalaria, representando el 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias (14). Como se muestra en el Algoritmo 1, las mujeres ingresadas pertenecen a la población mayoritariamente sana, manifiestan una serie de signos y síntomas que determinan el inicio de la fase activa del parto. Pero lo que no se sabe es el curso de este una vez la mujer ya ingresa. Se puede catalogar su intervención según su clasificación de riesgo de embarazo, pero una mujer de bajo riesgo con pronóstico de parto normal o eutócico puede desarrollarse a un parto distócico o medicalizado según la asistencia del profesional, la actitud de la mujer y medios del hospital. Pero también existe una serie de complicaciones del proceso fisiológico, que se pueden desarrollar durante el parto que haga que se deba actuar a través de una intervención médica.



Algoritmo 1: Influencias en el curso parto

En los últimas décadas, el aumento de la tecnología ha contribuido a mejorar los resultados perinatales, pero se ha mantenido la tendencia a atender de la misma forma todos los partos, tanto los de alto y bajo riesgo, utilizando el mismo nivel de tecnología, lo que ha supuesto más intervencionismo y medicalización, y que los deseos de las mujeres con frecuencia se subordinan a las prioridades organizacionales del centro hospitalario creando insatisfacción a la mujer y a su pareja.

A continuación una serie de factores que en España han motivado a que se produzca un cambio de atención en el proceso del parto:

3.3.1 Legislación del paciente

En el año 2002 publica el Boletín Oficial del Estado, *la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley de Autonomía del Paciente)* (15).

Los usuarios en este caso las mujeres embarazadas tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma.

La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y les ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su voluntad. Por lo tanto gana importancia en la asistencia del parto los siguientes aspectos (15):

- Derecho a la información.
- Derecho a decidir.
- Derecho a elegir.
- Protección a la intimidad

3.3.2 Mejoría de la calidad asistencial

El Sistema Nacional de Salud español se caracteriza por su amplia descentralización, las Comunidades Autónomas (CCAA) y Ciudades con Estatuto de Autonomía planifican y gestionan los servicios sanitarios públicos según las peculiaridades específicas y las necesidades de salud de la población en los respectivos territorios. En cada una de las CCAA se realizan estrategias para la sostenibilidad del sistema público centrando la atención en los usuarios del sistema, con el desarrollo de nuevas estrategias y mejoría de los servicios. Así lo contempla el Plan de Calidad del Sistema de Salud. Estas estrategias como objetivo común tienen asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada y más centrada en las necesidades particulares de la persona (1).

En España desde el observatorio de Salud de la Mujer, creían necesario la reforma de la asistencia al parto, que se sujetase a las nuevas demandas de la sociedad. Y es por eso que en el año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica, *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* (4). En Cataluña también en ese mismo año publica en marzo el *Protocolo para la asistencia natural al parto normal* (5). Y en febrero del 2015 publica la Generalitat de Cataluña *Atención al Parto Normal: Guía dirigida a mujeres embarazadas, futuros padres y sus acompañantes y familiares* (16).

3.3.3 Existencia de nuevas organizaciones de asistencia al parto normal.

La mejoría de los niveles de salud, el aumento socioeconómico y el predominio de las mujeres en los diferentes niveles educativos hace que haya una repercusión en las decisiones y capacidades de afrontar el proceso maternal. Por lo tanto ha conllevado a que las mujeres pidan una atención en el parto más personalizada y participativa.

El cambio de mentalidad ha hecho que se creen comisiones de trabajo desde la Federación de *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (FAME) (17) y *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* (SEGO) (18) para la formación de nuevos estudios, protocolos y guías de práctica clínica para la mejoría del cuidado de la madre durante el embarazo, parto y puerperio.

Además profesionales del ámbito ginecológico y obstétrico y usuarios del sistema de salud que pretenden mejorar la atención sanitaria de la mujer y el bebé, han creado asociaciones como son *El Parto es Nuestro* (19) y *Plataforma Proderechos de los Niños* (20). Conjunto de asociaciones sin ánimo de lucro que reivindicar el número de cesáreas innecesarias, los malos tratos durante el parto, un mayor respeto y protección hacia los derechos de las madres y los niños y así poder modernizar el sistema de atención obstétrica español.

3.3.4 Prácticas rutinarias innecesarias

En los hospitales, con el fin de que el parto culmine con el nacimiento de un bebé sano, se ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y que se realicen intervenciones médicas y quirúrgicas sin disponer de suficiente evidencia científica. Con todo lo dicho anteriormente podemos sumarle también el desarrollo y uso de prácticas que inician, aumentan, aceleran y monitorizan el curso del parto, convirtiéndose estas en prácticas rutinarias en partos de mujeres tanto de alto como de bajo riesgo (21).

El equipo de enfermería especializada mayoritariamente es el encargado del soporte y cuidado de las embarazadas en el curso del parto, y por ello de que se realicen una serie de intervenciones rutinarias que aumentan el riesgo de complicaciones para la madre y el bebé (22).

La OMS clasificó las intervenciones más habituales en la asistencia al parto en diferentes categorías, dependiendo de su beneficio, eficacia o carácter perjudicial (3):

- Categoría A: Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.
- Categoría B: Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas.
- Categoría C: Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- Categoría D: Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente.

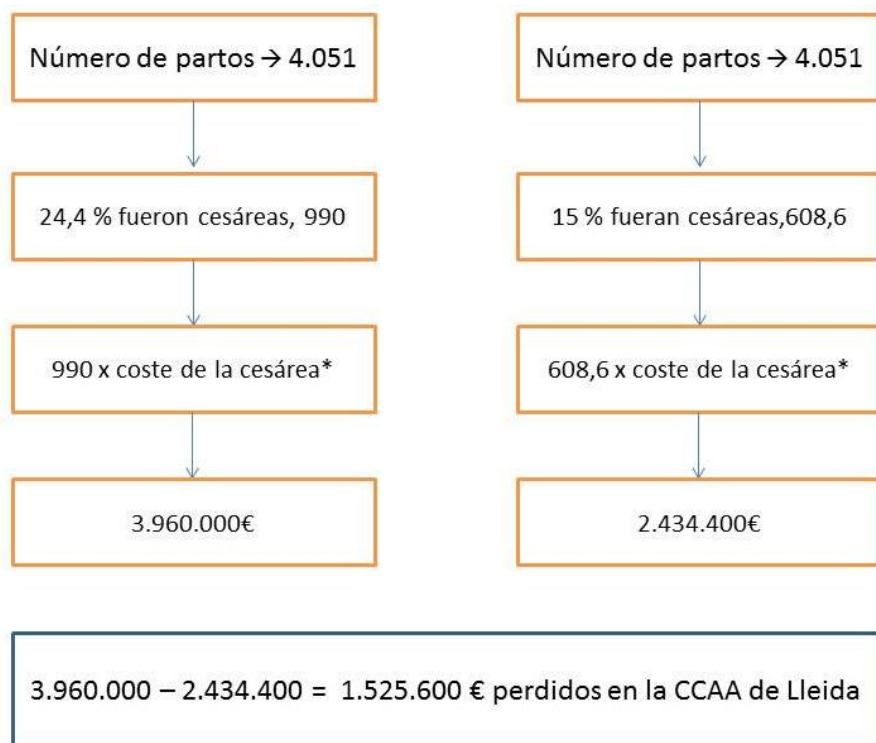
En España, en comparación con países de su entorno, lleva muchos años de retraso a la hora de práctica basada en la evidencia. Por ello podemos destacar una serie de prácticas que se siguen realizando y que la OMS recomienda como innecesarias (3):

- Realizar la amnioscopia y la cardiografía en la valoración inicial.
- Realizar la rotura artificial de la bolsa de aguas.
- Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente.
- Infusión intravenosa de rutina en el parto.
- Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
- Posición en decúbito supino rutinaria durante la dilatación.
- Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.
- Administrar oxitocina para incrementar la frecuencia, ritmo e intensidad de las contracciones del parto.
- Monitorización fetal continúa.
- Realizar masaje perineal durante el expulsivo.
- Mover a la mujer en diferentes salas según la etapa del parto.
- Limitar movimientos en las etapas del parto.
- Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto.
- Animar a realizar los empujes sólo en posición supina.
- Realizar la episiotomía rutinaria.
- El soporte del profesional no sea continuo durante el parto.
- Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.
- Control del dolor con analgesia epidural.
- Llevar mascarillas y batas estériles durante la atención del parto.

El uso de las prácticas anteriores hace que comporten una serie de complicaciones, como son el aumento en el índice de partos instrumentalizados o cesáreas y el índice de episiotomías. En el último estudio Europeo del año 2010, publicado en el año 2013 en el que participaron 29 países, sitúa a España en el 2º país con mayor tasa de partos instrumentalizados y en el 8º país con más número de episiotomías realizadas (23). El último dato sobre el número de cesáreas que recoge el Instituto de Estadística de España es del año 2013. El número de nacimientos fue 416.999, de los cuales fueron por cesárea un 26,04% (110.106 nacimientos) del total. La OMS recomienda que el porcentaje de cesáreas totales debe ser de un 15% (24), siendo en España casi el doble de lo recomendado. Si calculamos de los nacimientos totales del año 2013 que sólo el 15% fueran cesáreas, sería un total de 16.515,9 partos. Sabemos que el coste de cada cesárea es de unos 4.000€ aproximadamente, si multiplicamos el coste por el número de cesáreas que nos ahorraríamos según el porcentaje de la OMS (93.590 cesáreas) se estaría ahorrando en España anualmente 374.360.000€ (25)(1).

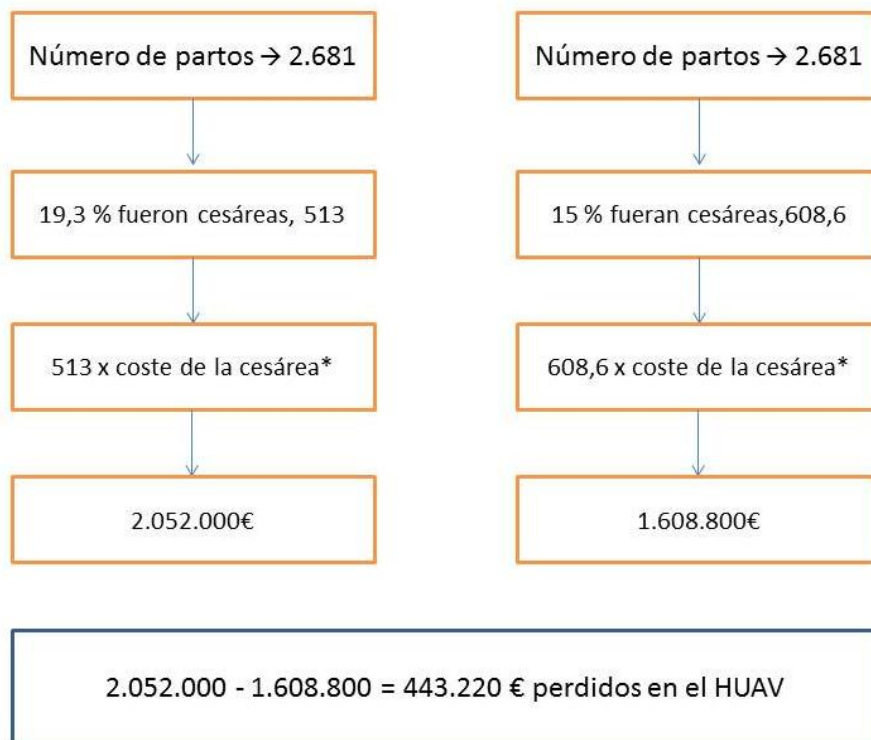
Tal como podemos observar en la Algoritmo 2, en la provincia de Lleida se asiste 4.051 partos anuales y más de la mitad son atendidos en el Hospital Arnau de Vilanova (HUAV) (26).

El número de nacimientos en la provincia de Lleida fue 4.051, de los cuales fueron por cesárea un 24,4% (990 nacimientos) del total. La OMS recomienda que el porcentaje de cesáreas totales debe ser de un 15%, siendo en Lleida casi el doble de lo recomendado. Si calculamos de los nacimientos totales del año 2013 que sólo el 15% fueran cesáreas, sería un total de 608,6 partos. Sabemos que el coste de cada cesárea es de unos 4.000€ aproximadamente, si multiplicamos el coste por el número de cesáreas que nos ahorraríamos según el porcentaje de la OMS (381,4 cesáreas) se estaría ahorrando en Lleida anualmente 1.525.600€. En la siguiente tabla se muestra la información anteriormente desarrollada (25)(1).



Algoritmo 2: Coste de las Cesáreas innecesarias en la CCAA de Lleida

Como se muestra en la Algoritmo 3, el número de nacimientos en el HUAV fue 2.681, de los cuales fueron por cesárea un 19,13% (513 nacimientos) del total. La OMS recomienda que el porcentaje de cesáreas totales debe ser de un 15%, calculamos de los nacimientos totales del año 2013 que sólo el 15% fueran cesáreas, sería un total de 402,2 partos. Sabemos que el coste de cada cesárea es de unos 4.000€ aproximadamente, si multiplicamos el coste por el número de cesáreas que nos ahorraríamos según el porcentaje de la OMS (110,8 cesáreas) se estaría ahorrando en el HUAV anualmente 443.200€.



Algoritmo 3: Coste de las Cesáreas innecesarias en el HUAV

Hemos reflejado anteriormente que se materializa una tasa muy elevada de cesáreas innecesarias en España si seguimos las recomendaciones de la OMS, que no sólo tienen consecuencias negativas en lo que es en aspecto económico sino que también acarrea una serie de consecuencias negativas serias en la mujer y el niño.

- Las **complicaciones maternas** más comunes son: hemorragias debido a lesión de vasos uterinos, atonía uterina, complicaciones anestésicas, shock, complicaciones respiratorias, íleo postcesárea, peritonitis, embolismo, tromboflebitis, dehiscencia de la cicatriz, infección urinaria y una mayor incidencia de cesáreas posteriores.
- Las **complicaciones fetales** son: depresión neonatal de origen farmacológico y síndrome de sufrimiento respiratorio en el recién nacido (27).

3.4 Asistencia Parto Normal

La asistencia al parto normal es aquella que se presta durante el progreso de este, que consiste en lograr la salud de la madre y el bebé con un mínimo de intervenciones siendo compatibles con la seguridad de estos. De manera que sólo se intervendrá cuando fuera estrictamente necesario para poder resolver algún problema (22)(5).

Aspectos para tener en cuenta para la asistencia de un parto normal:

- **El parto es un proceso fisiológico que se debe respetar**, son experiencias únicas y profundas y al mismo tiempo un proceso complejo, con la atención y apoyo adecuados las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo de procedimientos médicos sin poner en riesgo la seguridad del proceso.
- **La mujer y la pareja tiene derecho a estar informada y a decidir**, la mujer debe recuperar la confianza, el coraje y el soporte para afrontar el parto. Ya que con el desarrollo de las intervenciones obstétricas para monitorizar el parto había hecho de este la institucionalización de los partos, bajo una dirección médica.
- **La actitud del profesional**, deben comprender cuales son las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico y ofrezcan una atención diferente que satisfaga a las mujeres, garantizando su seguridad y la del bebé. Una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos, emocionales y familiares, basados en la evidencia científica (3) (8).

El embarazo se trata de una etapa natural dentro de la vida de cada mujer, aunque existen embarazadas en los que se pueden producir complicaciones que suponen un mayor riesgo tanto para la madre como para el feto. Estos embarazos se denominan embarazos de riesgo, que son aquellos que durante la gestación determinados por factores sociales, médicos u obstétricos pueden aumentar la morbilidad materna y perinatal. Por lo tanto hay que valorar e identificar la presencia de los factores ya que permitirá la correcta clasificación en el nivel de riesgo adecuado. Una vez están detectados por los profesionales deberán llevar una serie de medidas de asistencia y control adecuadas durante el embarazo y el parto (12).

Por lo tanto **la asistencia al parto normal** va dirigida a mujeres con un riesgo bajo o medio.

Hablamos de mujeres de riesgo bajo o de nivel 0, aquellas que no se ha identificado ninguno de los factores de riesgo. Hay que destacar que riesgo bajo no significa ausencia de riesgo, ya

que no existe el concepto de embarazo sin riesgo. Y mujeres de riesgo medio o nivel 1, aquellas que se les aplican factores de riesgos bastante frecuentes, pero de escasa sensibilidad y especificidad como es la anemia moderada, fumadora habitual, incompatibilidad Rh, gran multiparidad entre otros (22).

Existen una serie de condiciones necesarias para ofrecer una asistencia adecuada en el hospital para asistir al parto natural: personal especializado y una sala de dilatación-parto.

El centro debe garantizar la presencia física de una **matrona** que asista de forma individualizada durante todo el proceso del parto ingreso, dilatación, expulsión y alumbramiento para favorecer así a la humanización del parto (28). La matrona será profesional encargado de controlar la evolución de los partos de **bajo riesgo**, ya que está capacitada para controlar, cuidar y asesorar a la mujer y familia durante el embarazo, parto y el puerperio, además de dirigir el parto fisiológico bajo su propia responsabilidad. Además, es capaz de identificar cualquier desviación de la normalidad para alertar al equipo médico (9). Para la calidad asistencial deben tener unos conocimientos actualizados continuamente basados en la mejor evidencia científica.

Y por otro lado, se debe disponer de una **sala de dilatación-parto** en un único espacio. Este tiene que estar en el área de obstetricia, debe estar insonorizada y la decoración debe ser cálida. Debe disponer de recursos de apoyo del proceso del parto para que la mujer pueda andar, utilizar agua, bañeras, duchas, camilla eléctrica, monitor entre otros, es decir todo utensilio que reduzca el dolor y mejore el confort de la mujer y la pareja (29).

5. Objetivos

Objetivo general:

Crear una guía de práctica clínica basándonos en la evidencia científica para atender el parto natural hospitalario que sitúe a la mujer en el centro de toma de decisiones, que mantenga la seguridad del proceso en todo momento y que sea validado por el profesional que atiende el parto.

Objetivos específicos:

- Proporcionar conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la etapa expulsiva tanto a los profesionales como a las parejas durante el embarazo.
- Proporcionar habitación o espacio y utensilios de parte del Hospital público necesarios para llevar a cabo la práctica clínica del parto normal.
- Aumentar el grado de satisfacción de la mujer embarazada y la familia.
- Disminuir el número de complicaciones maternas y neonatales.
- Disminuir el número de partos intervenidos.
- Disminuir el gasto sanitario.

6. Metodología

Para poder contestar la pregunta de investigación, realizo la siguiente intervención: crear una guía de práctica clínica basada en la evidencia científica tras una búsqueda bibliográfica y evaluar el coste de las infraestructuras para la asistencia a un parto normal.

6.1 Población diana

- Criterios de inclusión:

1. Matronas que trabajan en el área de obstetricia del HUAV.
2. Enfermería que cursa la especialidad de matrona
3. Madre y pareja que quieran ser asistidos a través de parto natural.

- Criterios de exclusión:

1. Todo el personal sanitario que no tiene una responsabilidad directa en el proceso del parto.

6.1 Metodología de búsqueda

Las bases de datos consultadas han sido: OMS, Cuiden, Scopus, Google académico, PubMed, BSR (Biblioteca de salud reproductiva de la OMS), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España y Bibliotecas de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud.

El periodo de la búsqueda se ha realizado durante los meses de noviembre a febrero del año 2014-2015.

Las palabras clave: parto natural, etapas, matrona, humanización, asistencia, natural childbirth, labour periods, midwife, humanizing delivery assistance.

Inclusión/exclusión de artículos: para la selección se tuvo en cuenta que el material fuera de carácter oficial y de fuentes de información totalmente fiables y críticas, y debidamente referenciadas. Se ha realizado la búsqueda bibliográfica siguiendo el modelo de la Tabla 2. Los artículos deberán ser posteriores al año 2005 y que aborden datos epidemiológicos, prevalencia/incidencia y una explicación detallada sobre la asistencia al parto natural por un equipo de matronas. La evidencia encontrada siguiendo esta metodología de búsqueda, se

puede observar en el Anexo 1.

| | |
|-----------------------|---|
| PubMed | Estrategia de búsqueda: Límites: Artículos encontrados: |
| Scopus | Estrategia de búsqueda: Límites: Artículos encontrados: |
| Google Scholar | Estrategia de búsqueda: Límites: Artículos encontrados: |
| Cuiden Plus | Estrategia de búsqueda: Límites: Artículos encontrados: |

Tabla 2: Modelo de estrategia de búsqueda bibliográfica.

6.2 Síntesis de la evidencia

En el marco teórico podemos comprobar una serie de datos que nos proporcionan información sobre la situación en la que está España. Las unidades españolas de maternidad hospitalaria se organizan con equipos profesionales multidisciplinares que atienden a la mujer, al recién nacido y a la familia durante el parto y el nacimiento. Están estructuradas secuencialmente - salas de dilatación, paritorio y salas de recuperación posparto-. Aunque hace unos años con la elaboración de varios documentos del Ministerio de Sanidad y Política Social, han ayudado a la incorporación de nuevas prácticas beneficiosas y algunos hospitales han empezado adecuar una serie de espacios integrados para una asistencia natural al parto.

Esta serie de cambios se han empezado a realizar a partir del año 2007, pero si comparamos con otros países que hace 20 años se encontraban en la misma situación que España, ya llevan años llevando a cabo el cambio de nuevas intervenciones que se aconsejaron ya en el año 1996 por la OMS. En Inglaterra dentro del sistema público de salud atienden a la mujer y al bebé de bajo riesgo en centros de parto que se encuentran en el mismo hospital, estos son

asistidos por una matrona. Aunque también entra dentro del sistema público de salud la asistencia al parto domiciliario, pudiendo ser este en el agua (30). Mientras que en Holanda, la mayoría de las mujeres son atendidas en el domicilio por una matrona si estas quisieran ser atendidas en el Hospital deberán costear el coste de la habitación en el hospital. Pero si tienen algún riesgo, será atendida en el hospital pero nunca olvidan el concepto de parto humanizado y de toma de decisiones de la mujer (31).

A la hora de la asistencia al parto, durante este el apoyo continuo tanto de un familiar como de un profesional sanitario. La atención de apoyo durante el trabajo de parto puede incluir apoyo emocional, medidas de alivio, información y defensa. Esta atención puede mejorar el proceso normal de trabajo de parto, así como el sentimiento de control y competencia de las mujeres y, por lo tanto, reducir la necesidad de intervención obstétrica. Según el artículo de revisión de Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C (32), las mujeres que recibieron apoyo continuo en el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de dar a luz de manera "espontánea", es decir, dar a luz sin cesárea, instrumental ni fórceps. Además tenían menor probabilidad de recibir analgésicos, tenían mayor probabilidad de sentirse satisfechas y pasaban por un trabajo de parto levemente más corto.

En España todavía realizamos una serie de prácticas innecesarias, aunque ya se ha comenzado a realizar, tenemos que seguir en busca de modelos de buena práctica basados en la evidencia científica y el análisis de experiencias innovadoras identificadas (33). Hemos llegado un punto equiparar el avance tecnológico que nos ayuda atender a mujeres con alguna patología, aquellos que surja algún problema y los partos que se les detecta algún riesgo, con la atención de partos de bajo riesgo con el uso de la misma tecnología y rutina de intervenciones. Ya que se ha comprobado que la rutina de las pruebas, controles e intervenciones a mujeres sanas en el parto y a los bebés tras el nacimiento pueden perjudicar su salud (22)(2). Existiendo métodos alternativos que mejoran el curso del parto, la disminución del dolor y aumentan la satisfacción de la mujer, como puede ser los cambios posturales, el uso de las inmersiones en agua caliente, el control de la respiración o masajes por parte del acompañante (34)(29).

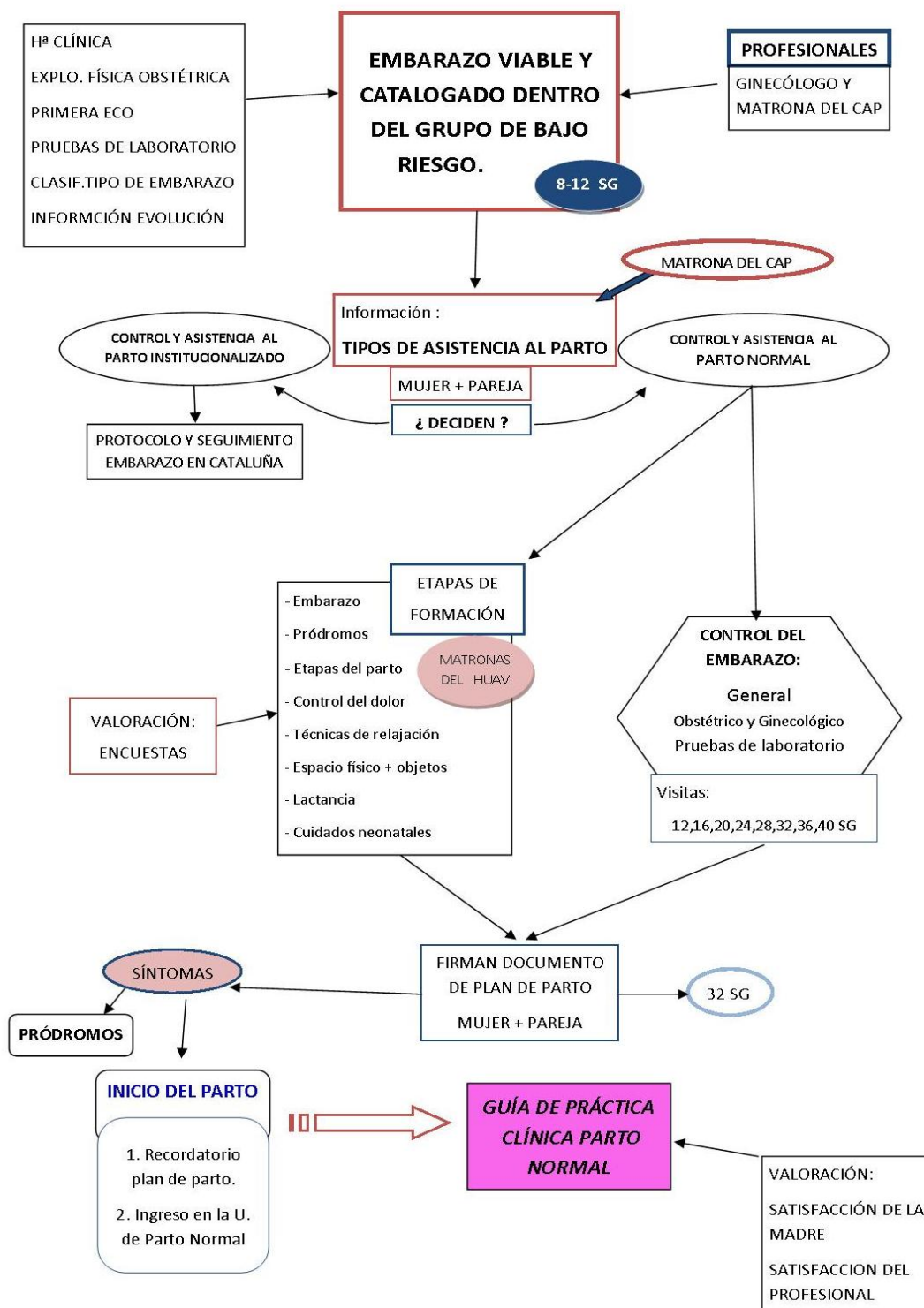
7. Intervención

La unidad de Ginecología y Obstetricia del HUAV, asisten a embarazadas de bajo y medio riesgo a través del obstetra y la matrona, asisten partos eutócicos y distócicos, reanimación postparto inmediato 24 horas/día y dotación anestésica continua: epidural y consta de una sala de dilatación de 8 boxes individuales y monitorización externo e invasivo.

La siguiente guía de práctica clínica y el presupuesto de cambio de infraestructuras que presento van dirigidos a la unidad de Ginecología y Obstetricia del HUAV, pudiendo aumentar en este caso la cartera de servicios asistenciales de esta unidad incorporando el Control y Asistencia del Parto Natural Hospitalario.

Guía de práctica clínica

La guía de práctica clínica que exponemos comienza, una vez la mujer es recibida en el hospital y un profesional sanitario comprueba que está de parto. Previamente, la mujer visitará el hospital donde será atendida, donde recibirá toda la formación necesaria de la asistencia al parto natural y las condiciones en que lo podrá modificar durante su transcurso y también servirá esta visita, para conocer al personal que podrá asistirle. A continuación en el Algoritmo 4 explicamos el proceso que debe seguir la embarazada para el control y asistencia del parto normal en el HUAV desde que es un embarazo viable hasta el día del parto.



Algoritmo 4: Evolución durante el embarazo

7.1 Atención a la mujer: llegada al hospital

La mujer ingresa al hospital, se le monitorizará durante 20-30 minutos, se le debe tomar las constantes biológicas (TA, FC, T^a) y hacer una exploración abdominal y vaginal (dilatación cervical, descenso y posición de la cabeza fetal). Se descartará aquellas que estén en pródromos y en caso de amniorrexis espontánea llevarán otra serie de cuidados, es decir no reúnen los criterios de inclusión que no impide que los reúnan más tarde.

El parto activo se caracteriza por contracciones que gradualmente aumentan en intensidad y ocurren cada vez más frecuentemente. Al principio pueden ser irregulares en el espacio y duración pero si se inician cambios en la dilatación cervical estamos en fase de parto activa. Más frecuentemente, las mujeres informan de ser conscientes de contracciones intensas y regulares que nos sugieren el inicio del parto y de la fase de dilatación cuando presentan una dilatación de unos 2-3 centímetros (12).

El inicio del trabajo del parto se diagnostica por una serie de signos que han sido definidos (35):

- Dinámica uterina regular de 2-3 contracciones en 10 minutos.
- Borramiento cervical, en multíparas de un 70% y en primíparas de un 100%.
- Dilatación de 3 o 4 cm.

Si la mujer cumple con los criterios anteriores, se deberá saber si el plan de parto natural está firmado (esto incluye el consentimiento y plan de parto). Si cumple los criterios, podrá ingresar en la habitación de parto normal o no.

Antes de ir a la habitación no se la debe rasurar ni aplicar ningún enema, y tampoco se colocará vía endovenosa profiláctica (3).

7.2 Ingreso en la habitación del parto normal

La mujer y su acompañante ingresarán en la habitación de parto normal. Donde será presentada la matrona que estará con ellos en todas las etapas del parto. La matrona deberá conocer el plan de parto que firmaron para poder conocer las diferentes intervenciones y cuidados que deberá realizar, además de establecer una relación empática con la mujer y la pareja, para poder apoyarles y orientarles. La matrona debe de ser consciente con su actitud,

del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados, tal como se muestra a continuación.

Atenciones generales en el momento del ingreso (36):

- **Ambiente de intimidad:** personal sanitario necesario, puertas cerradas, silencio, tranquilidad, considerando la habitación como un espacio personal y privado.
- **Espacio acogedor:** habitación calida sin instrumental sanitario a la vista con luz regulable. Podrán personalizar la estancia con fotografías, objetos, imágenes o música con un motivo relajante y que adquiriera un carácter acogedor para los usuarios.
- La mujer será tratada con el máximo respeto, dispone de toda la información y estará implicada en la **toma de decisiones**.
- Se facilitará el **acompañamiento** de la mujer durante el parto por la persona de su elección. **Atención continua** por parte de una matrona, no dejar a la mujer sin ningún atención excepto en periodo cortos de tiempo o cuando ella lo pida.

7.3 Primera etapa del parto: Periodo de dilatación

Durante esta fase se produce la completa abertura del cuello uterino hasta su máxima dilatación. Se considera el inicio del parto a partir de los 3-4 cm de abertura, que es cuando el proceso adquiere mayor intensidad y regularidad, y finaliza con la dilatación completa (a los 10 cm). Al mismo tiempo, se produce el descenso, la rotación y el encajamiento de la presentación fetal. La duración de la fase de dilatación del parto es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal.

- En las primíparas: El promedio de duración es de 8 horas, siendo improbable que dure más de 18 horas.
- En las multíparas: El promedio de duración es de 5 horas, siendo improbable que dure más de 12 horas (4).

Nuestro objetivo del cuidado en esta fase es mantener el bienestar materno-fetal, proporcionando los cuidados de salud, el apoyo emocional y la información necesaria.

7.3.1 Control de la evolución durante la dilatación.

La matrona utilizará una serie de intervenciones para el control del parto siguiendo el esquema de la Tabla 3:

- **Partograma.** Donde se registrará cada 4 horas las constantes maternas, las exploraciones vaginales, la frecuencia y la intensidad de la dinámica uterina, lo que permite valorar en conjunto la evolución del parto.
- **Tacto vaginal.** Se realizaran cada 4 horas, aunque si la progresión del parto es lenta, aparecen complicaciones o la mujer manifiesta deseo de pujar, se podrá explorar antes. Se utilizará agua corriente si se necesita un lavado antes de un examen vaginal. Se tendrá especial cuidado en utilizar guantes estériles durante la exploración.
- **Monitorización fetal intermitente.** El control del bienestar fetal se realizará mediante la auscultación intermitente. Se puede realizar mediante estetoscopio de Pinard o con un Doppler manual. La auscultación intermitente con el estetoscopio de Pinard es adecuada para la detección de alteraciones cardíacas fetales, ya que éstas son diagnosticadas fácilmente y seguidas por una respuesta clínica apropiada. Realizar una auscultación cada media hora. Si ocurre algo inusual auscultar continuamente la frecuencia cardíaca fetal, hasta que la situación se resuelva. Según la evolución del proceso y la fase, auscultaremos durante la contracción y un intervalo de 15 a 30 segundos después de que ésta haya finalizado. La comadrona aumentará la frecuencia de auscultación cuando lo considere adecuado(12)(22).

| |
|--|
| El partograma → cada 4 horas. |
| Tacto vaginal → cada 4 horas. |
| Monitorización fetal intermitente → cada 30 minutos durante 30-60 segundos. |

Tabla 3: Intervalos de tiempo en cada intervención de control.

7.3.2 Alivio del dolor

Durante la fase de dilatación se realizarán una serie de intervenciones y técnicas que ayude a la mujer a poderla llevarla a cabo y que a su vez se reduzca el dolor. Nuestro cuidado debe basarse en ayudar a la mujer a hacer frente al dolor si éste está presente mediante métodos no farmacológicos (12)(22)(36)(34)(37):

- Invitar a experimentar una amplia libertad de movimientos, se debe alentar y ayudar a la mujer a adoptar las posturas en las que se encuentre más comfortable. Las posiciones verticales y la deambulacion se asocian a una reduccion de la duracion del periodo de dilatacion del trabajo del parto. En el Anexo 2, encontramos las diferentes posiciones que podria escoger durante la dilatacion.
- Baños y duchas de agua caliente. La inmersión en agua caliente disminuye moderadamente el dolor y facilita la relajación, se recomienda inmersión durante la fase tardía de la primera etapa del parto (dilatación > 5cm)
- Masajes y calor húmedo localizado, realizados por el acompañante. Es eficaz en cuanto a la intensidad del dolor y la ansiedad durante la dilatación y el expulsivo, sin efectos indeseables.
- Animar a las mujeres en utilizar pelotas de goma y cuerdas, puede facilitar a la adopción de determinadas posturas. Mejora la movilidad de la pelvis y relaja la musculatura, proporcionando bienestar.
- Fomentar el uso de técnicas de relajación, pueden servir de ayuda y no tiene ningún efecto indeseable. Entre las técnicas de relajación que se emplean con mayor frecuencia se encuentran las imágenes guiadas, la relajación muscular progresiva, las técnicas de respiración, el yoga y la meditación.
- Inyección de agua estéril, este método se emplea para el alivio del dolor lumbar que se produce durante el parto, consiste en la inyección de agua estéril (0,1 a 0,5ml) mediante inyección intradérmica o subcutánea, lo que produce formación de pápulas en la región lumbosacra dentro del área del rombo de Michaelis. El efecto comienza unos pocos segundos y es máximo a los 30-40 minutos, pudiendo durar 90 minutos.

7.3.3 Asistencia y cuidados generales

Es importante encontrar el equilibrio entre las necesidades maternas y que la madre se sitúe y se concentre en su proceso y con la finalidad de conseguir siempre el bienestar de la madre. Existen una serie de cuidados que mejora el estado de la madre que no tienen relación con la disminución del dolor pero si del estado general de la madre(4):

- **Fomentar la ingesta de líquidos y alimentos.** Se permitirá la ingesta de líquidos claros (bebidas isotónicas) durante todo el parto normal, para la prevención de agotamiento y cetosis. Ya que el riesgo de un ayuno prolongado puede ser de deshidratación, hipoglicemia y agotamiento materno. Niveles altos de cetonas indican que la mujer está entrando en sus reservas de energía y se está produciendo un desequilibrio hidroelectrolítico.
- **Fomentar micciones espontáneas.**
- **Control de las constantes vitales:** presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura. Anotarlas en el partograma.

7.3.4 Actitud de la matrona

La matrona que atiende esta fase del parto debe actuar con la máxima profesionalidad y rigor técnico, sin excluir los sentimientos y las emociones y el trato humanizado y personalizado. Por eso es necesario (3)(38)(39):

- Saber estar, acompañando y respetando a la persona y el proceso. Ofrecer contacto físico, manteniendo siempre el respeto a la intimidad de la mujer.
- Utilizar mensajes verbales de apoyo y confianza que potencien la capacidad de dar a luz de cada mujer así como el reconocimiento de lo que necesita.
- Nuestra posición es de acompañar y asistir. Para ello debemos asegurar la privacidad, la intimidad y la confidencialidad.
- Estar presentes con la máxima energía posible. No estar por otra cosa, para que la mujer sienta nuestro apoyo.
- Cuidar el entorno para evitar interferencias que puedan influir en el proceso del parto.

7.4 Segunda etapa del parto: periodo expulsivo

La segunda etapa comienza con la dilatación cervical completa (10 cm), y finaliza con el nacimiento del feto. Diferenciando en esta dos etapas(4):

- Fase de Expulsivo Pasivo donde la dilatación es completa en ausencia de contracciones de expulsivo o necesidad involuntaria de pujar. La duración normal varía según: nulíparas 2 horas y multíparas 1 hora.
- Fase de Expulsivo Activo cuando el feto es visible, existen contracciones de expulsivo con dilatación completa o pujos maternos involuntarios con dilatación completa. La duración normal varía según: nulíparas 1 hora y multíparas 1 hora.

Las contracciones uterinas son más intensas, más frecuentes de 2-3 minutos y coordinadas. La mujer le aparece el deseo de empujar por la presión que realiza el feto sobre el músculo elevador del ano.

7.4.1 Posición durante el expulsivo

La posición de la madre durante la etapa expulsiva debe de ser la que la mujer desee y por ello animar a la gestante a que adopte la posición en la que más cómoda se encuentre y a que responda a las sensaciones de su cuerpo, en el Anexo 2 se muestran las diferentes posiciones para el periodo expulsivo (5)(10)(35):

- No recomendamos la posición de decúbito supino porque es contraria a la gravedad y dificulta el flujo sanguíneo al bebé, por compresión de la vena cava.
- La posición lateral con una pierna elevada reduce la presión y tensión en el periné, por lo que se aconseja en partos precipitados y para disminuir el riesgo de desgarros.
- La posición cuadrúpeda es aconsejable para madres con fetos de gran tamaño, y está indicada en distocia de hombros.
- La posición en cuclillas también es aconsejable para madres con fetos de gran tamaño, y si la mujer ha estado durante un largo periodo de tiempo empujando.
- En cuclillas o sentada permite a la mujer observar que está ocurriendo, tocar e incluso ver cómo nace su criatura.

7.4.2 Inicio del pujo y protección del periné

Se establecerá el pujo espontáneo, es el pujo natural que aparece de forma refleja por la compresión de la prestación fetal sobre el músculo elevador del ano, que emite de forma refleja la contracción y la consiguiente sensación de empujar. Además de mantener la respiración, la prensa abdominal y el diafragma interactúan expulsando el aire lentamente.

Sus esfuerzos en los pujos serán variables de acuerdo con lo que cada contracción le pidan, lo cual la ayudará a preservar sus energías y asegurará el máximo fluido de oxígeno a su bebé. Los pujos son cortos suelen durar de 4-6 segundos. Animarla a descansar entre las contracciones, a que se relaje y que realice respiraciones lentas y profundas. Animar a la mujer, si así lo desea, a la producción de sonidos y gritos tras la descarga de adrenalina característica de esta fase puesto que la ayudarán a mantener su garganta abierta y la mandíbula y los hombros relajados.

En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto (contracciones de expulsivo o visualización de partes fetales).

En el mismo momento de los pujos durante la etapa, debemos realizar una serie de intervenciones para disminuir el traumatismo perineal:

- Aplicación de calor, se recomienda la aplicación de compresas calientes durante el periodo expulsivo.
- Protección activa del periné y deflexión controlada de la cabeza en el momento del expulsivo animando a la mujer que no empuje.
- No realizar masaje perineal ni el uso de anestesia local (3)(5)(36).

7.4.3 Asistencia y cuidados generales

Lavado de manos

La matrona que atiende el nacimiento tendrá las uñas cortas y limpias.

Las manos deben lavarse inmediatamente antes de cada episodio de contacto directo con la mujer y después de cualquier actividad o contacto que pudiera resultar en una potencial contaminación de las manos.

Vestimenta

No es necesario el uso de ninguna vestimenta ni mascarilla para autoprotección, aunque asimismo se recomienda el uso de mascarilla y gafas cuando exista el riesgo de un serología

positiva VIH, VHB, VHC.

Uso de guantes

Los guantes higiénicos deberán utilizarse para los procedimientos invasivos, membranas mucosas y piel no intacta, y para todas aquellas actividades con riesgo de exposición a sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, o instrumentos cortantes o contaminados (aseo zonal genital, tacto rectal, canalización de vía venosa, etc).

Y el uso de guante estéril para el contacto de lugares estériles (tacto vaginal, sutura de desgarros) Los guantes serán siempre de un sólo uso y deberán colocarse inmediatamente antes del contacto con la parte potencialmente contaminante o contaminable, y retirarse tan pronto la actividad haya finalizado(27).

7.4.4 Cuidados del bebé

Durante el periodo expulsivo, la matrona se encargará de escuchar la frecuencia cardiaca del feto durante todo el proceso para comprobar su bienestar.

Tras la expulsión del bebé, la matrona será la encargada de colocarlo encima de la madre para comenzar el contacto piel con piel.

No se realizará el pinzamiento del cordón umbilical hasta que este deje de latir o que haya pasado dos minutos, ya que el cordón aporta O₂ hasta que se adapta a la vida extrauterina.

Evitar la separación de la madre y el bebé, al menos durante la primera hora, hasta que haya finalizado el primer contacto con el pecho. Si es posible, mantener el contacto piel con piel tanto tiempo con la madre y el bebé necesiten.

Los procedimientos de curas rutinarias postnatales del recién nacido (medir, administrar pomada oftálmica, vitamina K, vacunas, etc.) se han de realizar seguidamente.

Evitar la separación de la madre y el niño durante la estancia en el hospital(16).

7.4.4 Actitud de la matrona

En todo momento la matrona mantendrá una actitud expectante y de respeto al proceso fisiológico, y a su vez de guía a la hora de tomar decisiones.

Cuidar en todo momento el ambiente y entorno de la mujer, manteniendo la habitación ventilada, sin fuertes estímulos externos de luces y ruidos. Favorecer su relajación y concentración en el proceso, así como preservar su intimidad.

7.5 Tercera etapa del parto: periodo de alumbramiento

El alumbramiento de la placenta se produce frecuentemente a los 20-30 minutos tras el nacimiento, aunque puede retardarse una hora o más.

Si no hay signos de sangrado y el útero permanece bien contraído, la actitud de la matrona será expectante, sin intervenir ni acelerar el proceso mientras las constantes vitales se mantengan.

Ante la presencia de signos de desprendimiento placentario reclamaremos la atención de la mujer sobre sus sensaciones y reanudación de las contracciones y la animaremos a que empuje para favorecer el desprendimiento de la placenta espontáneamente.

Se realiza la tracción del cordón, si la placenta se ha desprendido totalmente. Para ello realizaremos un tacto vaginal siguiendo el cordón hacia el cérvix. Sólo si la placenta está inmediatamente detrás de la abertura uterina se puede proceder a la tracción controlada para desprender la placenta.

Tras el desprendimiento placentario revisaremos minuciosamente la integridad de la placenta y las membranas y registraremos las características macroscópicas de ésta al igual que las del cordón umbilical, su inserción y la pérdida hemática.

La pérdida sanguínea media en un parto vaginal es aproximadamente de 500 ml. Valorar la cantidad y presencia de signos de alerta (5).

7.6 Presupuesto de infraestructuras para la asistencia al parto natural hospitalario

Para que se pueda llevar a cabo la guía de práctica clínica, el hospital deberá realizar una serie de cambios en las habitaciones. Ya que se realizará todo el proceso del parto en la misma estancia. Esta debe estar pintada de colores cálidos, también que sea luminosa pero a su vez que puedas regular la entrada de luz natural o luz eléctrica. Para que la mujer se sienta en un entorno más familiar, tendrá la libertad de colocar imágenes o fotos propias alrededor de la habitación. Y por último necesitaremos una serie de utensilios que faciliten la comodidad de la mujer durante el parto, a continuación en la Tabla 4, enumeramos conjuntamente con el coste aproximado del mismo y el coste total de estos.

| UTENSILIOS | COSTE |
|---------------------------------|-----------------|
| Altavoces | 23,99€ |
| Cojines | 4,34€ la unidad |
| Colchoneta 200x100x5 | 164€ |
| Ducha reguladora de temperatura | 66€ |
| Espejo de pie de madera | 55€ |
| Espejo Oval | 9,89€ |
| Esterilla | 30,13€ |
| Fular Portabebés + Gancho | 46,74€ |
| Mesedora | 39,95€ |
| Pelota de dilatación | 11,95€ |
| Puff | 36,68€ |
| Taburete de parto | 40€ |
| TOTAL | 528,67€ |

Tabla 4: Coste total de utensilios

El precio total de los utensilios es una aproximación de los que se necesitarían para adecuar una habitación, este precio variará según la cantidad que se pueda comprar y a la empresa que te lo costee.

8. Consideraciones éticas

El uso de la guía de práctica clínica en el centro hospitalario tiene que ser un consenso entre los profesionales sanitarios y los usuarios del servicio, por ello el documento que se presenta en el Anexo 3 se debe facilitar a la mujer en la visita del control prenatal en la semana 32 de gestación. Una vez que la mujer y su pareja hayan recibido toda la información y formación respecto a la oferta del parto natural en el HUAV, podrán señalar tantas opciones como deseen según las expectativas que tengan del parto. Clasificando dicho documento como escrito vivo, es decir que si existiera alguna complicación o la madre desee alguna intervención que no estaba sujeta en el plan de parto dicho documento podrá ser revocado.

Mientras que por parte del hospital está comprometido a dar toda la información de la asistencia que va a realizar además de las posibles complicaciones que pueden ocurrir en el proceso, por lo tanto existe el consentimiento informado, documento que firma la usuaria y el profesional en el que hacen constatar que se le ha informado de dicho procedimiento. Además el hospital mantiene el anonimato de la persona y ofrece un documento resumen de lo que han hablado, dicho documento está adjunto en el Anexo 4.

9. Evaluación de la intervención

Llevaremos a cabo la evaluación de la intervención con objetivos para saber la satisfacción de los usuarios, la eficacia de la guía de práctica clínica y los beneficios económicos del hospital al ponerse en marcha el nuevo servicio.

9.1 Evaluación de la satisfacción de los usuarios.

Para evaluar la satisfacción de la madre y la pareja ingresados en el HUAV que hayan sido asistidos a través de la guía de práctica clínica de Parto Natural Hospitalario, se enviarán vía e-mail encuestas de satisfacción anónimas al final de la estancia en el hospital, como podemos ver en la Tabla 5. De este modo nos permitirá saber si la asistencia en relación al plan de parto que firmaron se haya cumplido, además de valorar la asistencia y actitud del equipo sanitario que le ha atendido, si se lo recomendaría a otra pareja y por último si tiene alguna opinión personal de todo el proceso.

| Evaluación de la satisfacción de los usuarios |
|---|
| <i>Objetivo:</i> evaluar la satisfacción de la asistencia del Parto Natural para la madre y la pareja. |
| <i>Observaciones:</i> al finalizar cada estada en el hospital se enviará vía e-mail la encuesta de satisfacción anónima, se registrará después cada dato en una base de datos interna en el hospital. |
| <i>Lugar:</i> vía web. |
| <i>Recursos:</i> encuesta electrónica |
| <i>Duración y fechas:</i> se les dejará dos semanas de margen para que puedan rellenar la encuesta y la envíen, si no es así se les llamaría personalmente para comentarles la importancia de su opinión. |

Tabla 5: Evaluación de la satisfacción de los usuarios.

9.2 Evaluación la eficacia de la guía de práctica clínica

Para evaluar la eficacia de la guía, se deberá hacer un registro de las intervenciones de la matrona durante el parto y valorar si los resultados eran los esperados. Registraremos el plan de parto, las intervenciones y los resultados a través de un programa informático del HUAV, quedando registrados en la base de datos del hospital además de la historia de cada usuario. Al final de cada trimestre y anualmente se realizarán unas tablas para el control de la actividad, también son datos que se pueden usar para la elaboración de estudios o artículos científicos y para la evaluación de los datos anuales de la evaluación del Ministerio de Sanidad, como podemos ver en la Tabla 6.

| Evaluación de la eficacia de la guía |
|--|
| <i>Objetivo:</i> evaluar la eficacia de la guía de práctica clínica de la asistencia del Parto Natural para la madre y la pareja. |
| <i>Observaciones:</i> al finalizar cada parto, la matrona registra el plan de parto, las intervenciones que ha realizado, y los resultados de cada intervención. |
| <i>Lugar:</i> vía web. |
| <i>Recursos:</i> programa informático del HUAV. |
| <i>Duración y fechas:</i> cada trimestre y anualmente se realizará unas tablas de control de los datos de la actividad. |

Tabla 6: Evaluación de la eficacia de la guía

9.3 Evaluación de los beneficios económicos del hospital.

La evaluación consistirá en comparar los costes anuales en relación al número de partos de cesaría y partos de epidural con los partos naturales desde la instauración del servicio de Parto Natural Hospitalario. Registrando el gasto anual y realizando la comparativa del ejercicio económico del año con respecto al del año anterior en la unidad de Ginecología y Obstetricia del HUAV, como podemos ver en la Tabla 7.

| Evaluación de los costes económicos del hospital |
|--|
| <i>Objetivo:</i> evaluar la reducción de costes económicos del hospital al implantar el servicio de Parto Natural Hospitalario. |
| <i>Observaciones:</i> al finalizar cada año, se contabiliza el gasto anual comparado el ejercicio anual con el del año anterior. |
| <i>Lugar:</i> vía web. |
| <i>Recursos:</i> programa informático del HUAV. |
| <i>Duración y fechas:</i> cada año se realizará el ejercicio económico de la unidad de Ginecología y Obstetricia. |

Tabla 7: Evaluación de los costes económicos del hospital

10. Discusión

Para poder realizar la discusión, es necesario que recordemos la pregunta de investigación que nos hacíamos al inicio de la intervención: ***¿Cuál es la efectividad del parto no intervenido a mujeres con un curso de embarazo de bajo riesgo?***

Según la evidencia, se ha demostrado que la disminución de intervenciones rutinarias y regulares a la hora de atender el proceso del parto en embarazadas de bajo riesgo, disminuye las complicaciones que puedan ocurrir durante el proceso y aumenta el grado de confianza y satisfacción de la mujer. Además si esta adquiere total libertad para tomar cualquier decisión que tenga que ver con el curso del parto. Al mismo tiempo, el acompañante de la mujer adquiera un rol más activo influyendo en los resultados maternos que estos sean más favorables (40).

En España, no es hasta el 2007 que el Ministerio de Sanidad comienza a realizar una serie de documentos relacionados con una asistencia más humanizada, teniendo en cuenta la opinión de la mujer. Hecho que fue acelerado por asociaciones y por una parte de la sociedad que luchaban y luchan por una asistencia de calidad y por los derechos de la paciente y el bebé. El inicio del cambio de asistencia del parto en España, llega 20 años tarde con respecto a otros países de Europa, ya que estos ofrecen ya dentro de su seguridad social la asistencia al parto natural tanto en el hospital como en el domicilio y el parto en el agua. Asistencia que son todavía difíciles de imaginar en España, ya que todavía hay que concienciar parte de los

profesionales sanitarios y miembros políticos hacia un cambio de asistencia. Aunque la primera inversión económica hacia el cambio ya está hecha, con la elaboración de una serie de documentos de la asistencia al parto normal que tuvieron un cierto coste, pero el siguiente paso es implantar dicha práctica en los hospitales públicos que recorren todo el territorio español.

A continuación destacar una serie de **limitaciones a la hora de desarrollar el trabajo**, a la hora de realizar la búsqueda información existe una gran ausencia de información en España acerca de algunos indicadores de gran interés que son recogidos de manera rutinaria en buena parte de los países de nuestro entorno. Sería interesante que a la hora de implantar nuevas intervenciones, se estimulara a la creación de un sistema de información para contribuir en el desarrollo estudios y artículos científicos nacionales como internacionales. También la intervención que se ha elaborado es una situación hipotética es decir no existen resultados (ya que no se ha llevado a cabo, ni se ha implantado) no podemos basarnos en unas cifras que demuestren que hemos conseguido los objetivos propuestos para la intervención. Así que para que se pueda llevar a cabo las instituciones sanitarias y los profesionales de la salud han de comprometerse con todo el proceso de embarazo, parto y puerperio para realizar unos cuidados de calidad y humanizados, y que mantengan o sigan disminuyendo los niveles de morbilidad materna y neonatal.

11. Conclusión

Como conclusiones del trabajo realizado, el hecho de implantar la guía de práctica clínica nos permite:

- Reeducar a los profesionales de la asistencia al Parto Natural Hospitalario.
- Disponer de clases prepartos activas en las que se informen de la evolución del embarazo y de la preparación para el proceso del parto, pudiendo practicar los conceptos aprendidos. Estas clases preparatorias, preferiblemente las realizarán las matronas del hospital.
- Favorecer un entorno adecuado para que la mujer pueda escoger sin inhibiciones todas las decisiones que tengan relación al curso del parto.
- Hacer partícipe al acompañante de la mujer en el proceso del parto.
- Ofrecer toda ayuda a través de instrumentos como son cojines, balones de parto, piscinas, sillas de parto, cuerdas, adaptación de la intensidad de la luz y música harán que el hospital sea de un entorno seguro para la mujer.
- Disminuir el gasto en la unidad de Ginecología y Obstetricia.
- Disminuir el número de cesáreas y partos instrumentalizados.
- Aumento de la satisfacción en los usuarios, profesionales y gestores de la unidad de Ginecología y Obstetricia.

12. Bibliografía

1. Biurrun Garrido A, Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía [Internet]. Ediciones Mayo, S.A.; 2013 [cited 2014 Dec 7]. Available from: <http://www.recercat.net/handle/2072/222348>
2. Maceiras Rozas MC, Salgado Barreira a, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Avalia. 2007. 3 p.
3. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Cuidados En El Parto Normal: Una Guía Práctica. WhqlibdocWhoInt [Internet]. 1996;1–55. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf
4. Consumo MDES. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2007; Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
5. Cataluña B De, Cip D. Protocolo para la asistencia natural al parto normal [Internet]. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/rs/87/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/dee/rclang/es-ES/filename/protpartnat.pdf>
6. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 7 de mayo 2015; acceso 21 de diciembre 2014]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>
7. (SEGO) SE de G y O. Definiciones peripatológicas. Protocolos asistenciales en obstetricia [Internet]. 2010. Available from: <http://www.sego.es>
8. Hualpa FC. Embarazo y parto en los cronistas de los siglos XVI-XVII [Internet]. Anthropologica. 2012. p. 97–134. Available from: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/1206>
9. LIU Y. Position during labor and delivery: History and perspective. J Nurse Midwifery [Internet]. 1979 May [cited 2015 Feb 2];24(3):23–6. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0018475825&partnerID=tZOtx3y1>
10. MSc. Dr. Miguel Lugones Botell DMRB. The labor in different positions through the science, the history and the culture. Cuba; 2011; Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_1_12/gin15112.htm
11. Lletres FDE, Mari D, Esteban L, Parte P, Del A. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI Autora : M^a Jesús Montes Muñoz [Internet]. Medicina. 2007. Available from: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8421/MicrosoftWord1COMPLETOLasculturasdelna.pdf;jsessionid=AAFF20887994378D2AF4D49CD3E578D4.tdx1?sequence=1>

12. Castán Mateo S, Tobajas H, Gotor Colás S, Gotor Colás ML. Obstetricia para matronas : guía práctica [Internet]. Madrid: Médica Panamericana; 2013 [cited 2015 Mar 9]. Available from: http://cataleg.udl.cat/record=b1317202~S11*cat
13. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). 2014;15(2):62–70.
14. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>
15. Boe. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Of del Estado. 2002;274:40126–32.
16. Quintana C, Etxeandia I, Rico R, Armendáriz I, Fernández I. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Versió OSTEBA, núm. 2009/01.
17. Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. [acceso 13 de febrero 2015]. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/>
18. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Madrid. [actualizado 7 de mayo 2015; acceso 13 de febrero 2015] Available from: <http://www.sego.es/>
19. El Parto es Nuestro [Internet]. [acceso 13 de febrero 2015] Available from: <http://www.elpartoesnuestro.es/>
20. Plataforma Pro Derechos del Nacimiento [Internet]. Barcelona. 2013- [acceso 13 de febrero 2015] Available from: <http://pdn.pangea.org/>
21. Sandin-Bojö A-K, Larsson BW, Axelsson O, Hall-Lord ML. Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. Midwifery [Internet]. 2006 Sep [cited 2015 Mar 16];22(3):207–17. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613805000628>
22. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico : recomendaciones para la práctica clínica. Matronas profesión [Internet]. 2006;7(1):27–33. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/284/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/619/rclang/es-ES/filename/vol7n1pag27-33.pdf>
23. Committee Euro-Peristat. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. 2010;1–252.
24. Oms D. Estadísticas sanitarias mundiales 2010. 2010; Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf

25. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [acceso 20 de enero 2015] Available from: <http://www.ine.es/>
26. Hospital Arnau de Vilanova [Internet].Lleida. Institut Catalá de salut. [acceso 20 de enero 2015] Available from: <http://www.icslleida.cat/hospital/>
27. Rodriguez D.S. RL. Obstericia y medicina materno-infantil. 2007.
28. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1349/2009. Boletín Of del Estado [Internet].2009;129:44697–729.Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>
29. Muñoz-Sellés E, Goberna-Tricas J. Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto. Matronas profesión [Internet]. 2012;13:50–4.Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4240954&info=resumen&idioma=ENG>
30. Department of Health. Partnership for children, families and maternity. Maternity matters. Choice, acces and continuity of care in a safe service. Londres: Department of Health 2007. No Title.
31. Benoit C, Wrede S, Bourgeault I, Sandall J, Vries RD TEU the social organisation of maternity care systems. No Title.
32. Ed H, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. APOYO CONTINUO PARA LAS MUJERES DURANTE EL PARTO. La Bibl Salud Reprod [Internet]. 2006;Número 9. Available from: <http://www.rhlibrary.com>.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. 2007;7:7–12.
34. Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. Matronas profesión. 2006;7(1):14–22.
35. Salud D. Documento de adhesión a la EAPN del SNS y Protocolos de aplicación práctica. Available from: http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=932e46ac-63cb-49fe-9f23-e85c8d84e029&groupId=19231
36. Domínguez, P. coordinadora. Guía de asistencia del parto en casa. Barcelona. Colegio Oficial de enfermeros de Barcelona;2010.
37. Gau M-L, Chang C-Y, Tian S-H, Lin K-C. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. Midwifery [Internet]. 2011 Dec [cited 2015 Feb 2];27(6):e293–300. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-81255149490&partnerID=tZOtx3y1>

38. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Cochrane Collab. 2008;
39. Barbosa da Silva F, Koiffman M, Hitomi Osava R, Junqueira V. de Oliveira SM, Gonzalez Riesco M. CENTRO DE PARTO NORMAL COMO ESTRATEGIA DE INCENTIVO DEL PARTO NORMAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO [Internet]. Enfermería Global. 2008. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/35921>
40. Flores M, Olivares D. Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Lima-Perú [Internet]. Tesis. 2012. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3022/1/flores_mm.pdf

13. Anexos

13.1 Anexo 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica

| | |
|-----------------------|--|
| PubMed | <p>Estrategia de búsqueda: Natural Childbirth AND Midwife</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none">- Free Full Text.- Publication Dates 10 years. <p>Artículos seleccionados: 4</p> |
| Scopus | <p>Estrategia de búsqueda: Natural Childbirth</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none">- Article or Review.- Publication Dates 10 years.- Language English and Spanish. <p>Artículos seleccionados: 3</p> |
| Google Scholar | <p>Estrategia de búsqueda: parto natural AND hospital</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none">- Publicaciones en los últimos 10 años. <p>Artículos seleccionados: 6</p> |
| Cuiden Plus | <p>Estrategia de búsqueda: Humanización AND Parto Natural</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none">- Publicaciones en los últimos 10 años <p>Artículos seleccionados: 5</p> |

13.2 Anexo 2: Posiciones durante el trabajo del parto



13.3 Anexo 3: Plan de Parto del Ministerio de Sanidad





Este plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus **preferencias, necesidades, deseos y expectativas** sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial.

Este documento **no sustituye** a la información que proporciona el equipo profesional que atiende durante el embarazo (matrona, médico). Acudir a sesiones de *preparación para el nacimiento* puede ayudar a que todo el proceso sea una experiencia satisfactoria.

Se puede elaborar un plan de parto y nacimiento en cualquier momento de la gestación, aunque un buen momento son las semanas **28-32**, preguntando cualquier duda a la matrona o personal médico.

En el momento del parto la gestante podrá **modificar** cualquiera de las preferencias aquí escritas, según su estado y el desarrollo de los acontecimientos.

Este documento no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal.



Por este motivo, se informa de forma resumida sobre las *prácticas adecuadas* para la asistencia al parto y nacimiento, recogidas en las recomendaciones de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, en la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, del MSPSI, y en la *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*.

Se aconseja la lectura de la Guía dirigida a mujeres embarazadas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

Un plan de parto no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento. Si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna, y la realizará tras informar adecuadamente y pedir el consentimiento. El resto de cuidados y buenas prácticas se seguirán realizando, según las recomendaciones de las guías de evidencia y protocolos, así como de las preferencias expresadas por la mujer en su plan de parto.

La necesidad de consentimiento informado está establecida en el art. 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Implica el derecho de los pacientes a conocer «con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma», información que «comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias».



1

LLEGADA AL HOSPITAL

En el momento de la admisión en Maternidad es importante recordar que la gestante que no presenta riesgos no es una paciente enferma, aunque se encuentra en un momento de especial vulnerabilidad emocional. Se procurará mantener la intimidad y su derecho a permanecer acompañada de forma ininterrumpida por la persona de su elección, salvo circunstancia clínica justificada que lo impida.

La evolución natural del parto está dirigida por la parte más instintiva del cerebro. Se favorecerá una buena evolución evitando hacer pensar o hablar a la mujer, disponiendo de focos de luz poco intensa o que se pueda graduar, no generando desconfianza, miedo o falta de intimidad, y todo ello con el fin de facilitar que el proceso de parto no se detenga o entorpezca.

ACOMPÑAMIENTO: PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA PAREJA / ACOMPÑANTE

Es recomendable el acompañamiento de la mujer durante el preparto, parto y posparto, por una persona de confianza, si ese es su deseo. Si la evolución del parto lo permite, la pareja o acompañante de su elección podrá participar en todo el proceso, ayudada por el personal que le atiende.

■ *Durante mi parto, deseo estar acompañada / por:*

■ *No deseo estar acompañada por*

■ *Otras observaciones:*



NECESIDADES ESPECIALES POR DIFERENCIA DE CAPACIDAD:

- *Tengo las siguientes necesidades o circunstancias que desearía se tuvieran en cuenta en el momento de mi parto:*

NECESIDADES ESPECIALES POR MOTIVOS DE CULTURA O IDIOMA:

- *Tengo las siguientes necesidades o circunstancias que desearía se tuvieran en cuenta en el momento de mi parto:*

ESPACIO FÍSICO

La oferta en cuanto a tipos de salas de parto, equipamiento, comodidades, etc., no es igual en todos los hospitales. Si se tiene oportunidad, es bueno visitar previamente el centro al que se acudirá para el parto, informarse sobre sus protocolos y pensar si se tiene alguna preferencia o se quiere hacer alguna petición.

Otras opciones: (marcar x según preferencia)

- *Desearía usar mi propia ropa* _____ ☐

- *Desearía usar ropa facilitada por el hospital* _____ ☐





INTIMIDAD

Para garantizar el derecho de la mujer a su intimidad, sólo estarán presentes en el parto las personas necesarias. La sensación de confianza de la mujer sobre los profesionales que la atienden puede aumentar cuando éstos se presentan e identifican. Hay hospitales que tienen profesionales en formación con capacidad asistencial que actuarán siempre bajo la supervisión necesaria, y con previo conocimiento y autorización de la mujer. En caso de presencia o participación de otras personas se solicitará el consentimiento de la mujer.

2

PERIODO DE DILATACIÓN: ASISTENCIA, CUIDADOS, ALIMENTACIÓN:

PERSONAL ASISTENCIAL

En la medida de lo posible la atención se llevará a cabo por parte del mismo personal durante todo el proceso, salvo que la organización del trabajo lo impida.

ENEMA ANTES DEL PARTO

No se aconseja la administración de enemas antes o durante el parto. Si en una excepción se indica, se informará del motivo a la mujer y se solicitará su consentimiento.

RASURADO ANTES DEL PARTO

No es necesario el rasurado del vello genital antes del parto. Tampoco es necesario si hay que reparar una episiotomía o desgarro, aunque se puede rasurar o recortar una pequeña zona en ese momento, si esto facilita la sutura.



LÍQUIDOS DURANTE LA DILATACIÓN

Se puede **beber agua o zumo** durante la dilatación. Consultar al personal sanitario si no es posible por alguna circunstancia.

ELECCIÓN DEL LUGAR Y POSICIÓN DURANTE EL PARTO

Hay diversas posturas que se pueden adoptar para el parto (acostada, de pie, en cuclillas, etc.) y **varios posibles lugares** donde dar a luz (en la cama, taburete, en silla de parto vertical, etc.).

En la actualidad no está demostrado cuál es la postura o el lugar más adecuado para facilitar el parto. **La elección depende de cada mujer** y de sus necesidades o deseos en cada fase del parto. Si hay algún motivo para aconsejar una postura, se le explicará el motivo.

Prefiero:

MOVILIDAD DURANTE EL PARTO

Se aconseja que la mujer pueda moverse con libertad durante el parto y **elija lo que prefiera** en cada momento. En caso necesario, el personal sanitario indicará la posición más adecuada para llevarla a cabo.



TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR

Antes del parto es conveniente pedir información al personal sanitario que sigue el embarazo y así conocer las alternativas disponibles en el hospital para poder tomar decisiones.

Es muy diverso el manejo del dolor durante el parto, así como las posibilidades de tratamiento. Durante la estancia se cuidarán aspectos como la intimidad, un ambiente tranquilo sin frío ni luces intensas, favorecer movilidad y relajación evitando que la mujer sienta miedo y tensión. Esto contribuye a una disminución de la percepción del dolor y por tanto de la necesidad de analgesia, ya que en estas condiciones el cerebro de la mujer produce sustancias analgésicas. Si se necesitan métodos para aliviar el dolor, se pueden ofrecer técnicas no farmacológicas, y si se precisa analgesia farmacológica, preferiblemente vía epidural.

Aquí, puede expresar sus deseos, aunque en el momento del parto se puede cambiar de idea y elegir entre todas las opciones disponibles en el centro al que se acude:

- **No deseo (en principio) ningún tipo de analgesia farmacológica,** _____ ☐
- **En principio deseo analgesia epidural. Se precisa la cumplimentación del documento de consentimiento informado antes de su utilización.** _____ ☐
- **Prefiero otros tipos de analgesia (bañera caliente, óxido nitroso, inyecciones de agua estéril, uso de materiales de apoyo ...)** _____ ☐

DESEARÍA:



2.1 INTERVENCIONES:

Debe existir **una justificación para realizar cualquier intervención, control o administración de medicación** durante un parto. Por este motivo, en el plan de parto se ofrece una información resumida sobre algunas de estas intervenciones, considerando que sólo se utilizarán en caso de que exista una indicación que lo justifique.

MONITORIZACIÓN FETAL

Durante el parto se debe controlar el estado del bebé. Esto se puede hacer de forma tradicional escuchando los latidos del corazón con una trompetilla (estetoscopio de Pinard) o con aparatos electrónicos que actualmente permiten realizar esta vigilancia de forma más precisa y continua en caso necesario. En el control de un parto que evoluciona normalmente no se requiere estar conectada permanentemente a un monitor, lo que permite una mayor libertad de movimiento y más comodidad. Si se opta por el uso de anestesia epidural será necesario un control más continuado.

De ser necesaria una monitorización continua, se puede realizar de forma externa, con un aparato sujeto por correas al abdomen de la mujer. Sólo si hay necesidad se realizará de forma interna por vía vaginal, lo que requiere que la bolsa esté rota y colocar un electrodo en la cabeza del bebé.

TACTOS VAGINALES

En todos los casos se deben realizar el mínimo número necesario de tactos vaginales para evaluar la evolución del parto por el personal que asiste a la mujer, y siempre pidiendo su consentimiento. En caso de que los realice otro profesional, por razones de consulta o formación, informará y solicitará autorización.



USO DE MATERIAL DE APOYO PARA EL PARTO

Dependiendo de la disponibilidad de cada centro, se podrán usar elementos como pelotas, espejos, cuerdas, cojines, etc., u otro material que la mujer traiga y sea posible utilizar en el espacio del hospital.

Desearía utilizar:

USO DE BAÑERA / DUCHA DURANTE LA DILATACIÓN

La inmersión en agua caliente durante la dilatación reduce la percepción del dolor y disminuye la necesidad de medicamentos analgésicos. En caso de disponibilidad en el centro sanitario, se puede solicitar el uso de bañera o ducha durante el parto, siempre que la evolución del parto lo permita. El personal sanitario aconsejará sobre cómo utilizarla del modo más eficaz.

Preferiría

OTRAS PREFERENCIAS RESPECTO A LOS CUIDADOS

Deseo:



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ACCELERAR EL PARTO

No se administrarán medicamentos (oxitocina u otros) para acelerar el parto por rutina, salvo que exista una indicación para ello. En caso necesario se informará y solicitará el consentimiento de la mujer.

CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA

La canalización de una vía venosa no es imprescindible en los cuidados de un parto normal. No obstante, si es necesaria se puede mantener sin estar conectada a un sistema de goteo; esto permite una buena movilidad.

Opciones: (marcar x según preferencia)

- ☒ **No deseo la colocación de una cánula intravenosa salvo que esté clínicamente indicada.** _ _ _ _ _ ☐

SONDAJE VESICAL

No es preciso colocar una sonda en la vejiga durante un parto normal. En caso de ser necesario, se informará del motivo, se explicará el procedimiento y se solicitará consentimiento.

ROTURA DE LA BOLSA

En general, la bolsa que envuelve y protege al bebé se rompe espontáneamente y no es necesario hacerlo de forma artificial antes ni durante el parto. Existen situaciones clínicas en que está indicado, en ese caso se informará de los motivos y se solicitará consentimiento previo.



3

PERIODO EXPULSIVO (SALIDA DEL BEBE)

PUJOS

El esfuerzo de empujar durante la salida del bebé se llama pujo. En un parto normal se debe realizar cuando la mujer siente la necesidad de hacerlo y la dilatación es completa. Empujar en otros momentos y/o de forma continuada no es necesario ni beneficioso. En algunas situaciones, como bajo los efectos de la anestesia epidural, que produce una disminución de la sensibilidad y del deseo de empujar, puede ser útil que los profesionales le puedan orientar sobre el momento adecuado para empujar.

EPISIOTOMÍA

La episiotomía es un corte que se practica en el periné. Actualmente no se considera adecuado realizarla de forma rutinaria, ya que puede tener complicaciones y efectos negativos. Únicamente se realizará en algunas situaciones en las que se precisa facilitar la salida del bebé.

NACIMIENTO

Es un momento único, íntimo y especial, en el que se debe procurar que el primer contacto del bebé sea con la madre a través de la piel, la mirada, el olfato, el sonido y el reflejo de succión. Se evitarán luces potentes o ruidos que molesten al bebé, el ambiente será cálido, evitando interferencias en ese primer contacto madre-bebe que facilita la creación del vínculo afectivo y biológico. Se ayudará al padre, si ambos lo desean, a permanecer en ese espacio de intimidad compartida. Los mínimos controles y vigilancia necesarios los realizará el personal sanitario manteniendo el ambiente silencioso y tranquilo.



CONTACTO INMEDIATO PIEL CON PIEL TRAS EL NACIMIENTO

El contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto es una práctica beneficiosa e imprescindible tanto para el recién nacido como para la madre. Se debe colocar al bebé en contacto directo piel con piel con la madre al menos las dos primeras horas de vida o durante el tiempo que ella desee. En caso de no ser posible se explicará el motivo.

Preferencias para este momento:

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES Y SONDAJES TRAS EL NACIMIENTO

La aspiración de secreciones o la realización de sondajes (introducción de sonda al estómago o por el ano) tras el nacimiento de un bebé sin problemas es una práctica desaconsejada. En caso de ser necesario se le informará y pedirá consentimiento previo para realizarla.

ATENCIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

Se deben posponer las actuaciones no urgentes (peso, talla y otros cuidados o tratamientos) en el recién nacido, para permitir el mantenimiento del contacto madre/hijo – hija en intimidad.



CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL

El cordón umbilical se corta cuando ya ha dejado de latir, salvo que exista alguna circunstancia justificada que haga necesario seccionarlo antes.

Si se va a donar sangre del cordón, se seguirá el protocolo establecido para ello, del que se podrá informar durante el embarazo.

INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA

La leche materna es el alimento ideal durante la crianza para mantener la salud y prevenir infecciones y otras enfermedades en el recién nacido. En caso de haber optado por dar lactancia materna, el inicio debe ser inmediato tras el parto, salvo que el estado de la madre o el bebé no lo permitan. Para ello se colocará al bebé sobre el pecho desnudo de la madre, en contacto piel con piel, dejando que comience a mamar de forma espontánea y sin interferencias innecesarias, durante el tiempo que precise para ello, y con la adecuada supervisión.

Opciones:

■ **Corte del cordón por la pareja/acompañante/la propia madre.**

Si lo desea, usted misma, su pareja o acompañante pueden cortar el cordón. Siempre por indicación del personal sanitario y si las circunstancias lo permiten.

Deseo, si es posible, que uno de nosotros corte el cordón... ☐

■ **Donación de sangre del cordón.**

Si desea donar la sangre del cordón umbilical hágalo saber a su matrona o ginecólogo/a para que le informen y le indiquen el procedimiento.

He autorizado la extracción de sangre de cordón para su donación _____ ☐



- Colirio o pomada antibiótica oftálmica, en una sola dosis, ya que previene infecciones oculares severas. No obstante se debe retrasar su aplicación en las primeras dos horas de vida para no impedir el contacto visual del bebé con su madre.
- Vacuna de Hepatitis B (1ª dosis)(*). Se administra vía intramuscular. Puede hacerse tras permitir el establecimiento del vínculo madre – recién nacido y el inicio de la lactancia. Para su realización no es conveniente la separación.
- Vitamina K para la prevención de hemorragias. El método de administración, más frecuente y aconsejado, es vía intramuscular. Al igual que la vacunación, puede demorarse y hacerse manteniendo el contacto piel con piel. Existe la alternativa de administración oral de la vitamina K, que resulta igual de eficaz, siempre que se realice de forma estricta, de acuerdo a la pauta prescrita.

(*) Para aquellas comunidades autónomas que contemplan en su calendario de vacunas la primera dosis tras el nacimiento.

Opciones: (marcar x según preferencia)

- **Deseo que se administre vitamina K oral a mi bebé tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo a la pauta que se prescriba.** _____ ☐

Si se desea exponer algún comentario sugerencia o indicación al respecto, hacerlo a continuación.



4

ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA

Las actuales guías de práctica clínica aconsejan ayudar a la salida de la placenta con masajes e inyección de medicamentos. No obstante, la mujer debe recibir información sobre ventajas e inconvenientes. El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita.

Expresa aquí tus preferencias, si lo deseas:

5

CUIDADO Y ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

SEPARACIÓN DE LA MADRE Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Siempre que sea posible, la hija o el hijo recién nacido permanecerán *junto a la madre*. La separación sólo habrá de realizarse por **motivos claramente justificados** que deberán constar en la historia clínica. En caso necesario se informará y solicitará consentimiento previo

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PREVENTIVOS Y VACUNACIÓN.

Se realizarán con el bebé en contacto piel con piel con la madre, o durante el amamantamiento. Tras el nacimiento, pasadas las primeras horas de intimidad madre-bebé, las autoridades sanitarias y organizaciones científicas recomiendan la administración a todos los recién nacidos de:



HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

No se aconseja bañar al recién nacido en las primeras horas de vida, pudiendo retrasarse hasta el segundo día o más si las condiciones así lo permiten. Cuándo hacerlo por primera vez, es una decisión personal.

En caso necesario se informará y solicitará consentimiento. El personal de la planta de maternidad ayudará a adquirir las habilidades necesarias y a resolver dudas respecto al cuidado del bebé.

Opciones en la planta de maternidad:

(marcar x en la opción preferida)

- ☒ Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi bebé, si es posible. — — — — — ☐
- ☒ Deseo realizar los cuidados e higiene del bebé con el apoyo de mi acompañante o pareja. — — — — — ☐
- ☒ Si yo no puedo hacerlo, deseo que mi pareja u otra persona de mi elección realice dichos cuidados. — — — — — ☐

6

PERIODO DE PUERPERIO

TRASLADO A PLANTA Y ESTANCIA EN LA MATERNIDAD TRAS EL NACIMIENTO

El traslado se realizará con la madre y el bebé en contacto piel con piel, cubiertos por una sábana o manta y con el acompañamiento de la persona elegida. Se procurará el mayor grado de intimidad dentro de las posibilidades de cada centro.

Preferencias personales:

— — — — —



DURACIÓN DE LA ESTANCIA Y COHABITACIÓN MADRE – RECIÉN NACIDO

La duración de la estancia se ajustará a la situación de salud tanto de la madre como del recién nacido. En cualquier caso ésta será la mínima posible. En los partos sin complicaciones graves, madre y bebé compartirán siempre la misma habitación. El colecho (compartir la cama con el bebé) se considera una práctica beneficiosa, y cómoda para la madre. En caso de ingreso de uno de ellos en unidades especiales, se facilitará el alojamiento conjunto madre-bebé, o la estancia en unidades neonatales de puertas abiertas con la posibilidad de practicar los cuidados madre-canguro.

Desearía:

LACTANCIA

La lactancia materna es la mejor opción para la alimentación del recién nacido y además ayuda a una buena evolución del puerperio. Ha de realizarse, salvo indicación médica, de forma exclusiva, y cuando el bebé lo demande. No deben, por tanto, establecerse horarios ni duración de la toma.

No se deben ofrecer sueros, infusiones, chupetes ni tetinas a recién nacidos alimentados al pecho, y tampoco ofrecer suplementos de leche artificial, puesto que todo ello puede dificultar o impedir una lactancia materna exitosa. Se consultará a la madre antes de dar cualquier otro tipo de alimentación al bebé en el caso de que fuese necesario.

Si existen circunstancias de tipo personal o de salud que pueden dificultar o impedir la lactancia materna, el personal sanitario informará a la madre.



En caso de optar por la lactancia materna, siempre que sea posible, se debe iniciar inmediatamente después del nacimiento o durante la hora posterior al mismo.

El personal sanitario asesorará sobre la forma adecuada de ofrecer al bebé el pecho, y en su caso, de cómo preparar y administrar leche de fórmula.

Se puede solicitar información al personal sanitario sobre grupos de apoyo a la lactancia materna.

Opciones: (marcar x en la opción que se prefiera)

■ **Deseo dar el pecho** _ _ _ _ _ ☐

■ **He decidido dar a mi bebé leche de fórmula** _ _ _ ☐

■ **Tomaré la decisión más adelante** _ _ _ _ _ ☐

■ **Deseo contactar con asociaciones de apoyo a la lactancia materna** _ _ _ _ _ ☐

■ **En mi caso quiero señalar:**



7

PARTO INSTRUMENTAL (FORCEPS, VENTOSA, ESPATULA) O CESAREA

Si el proceso de parto se complica, o se requiere intervención desde el inicio por una causa justificada, se respetarán siempre el resto de buenas prácticas que facilitan el óptimo estado de salud de madre y bebé, tales como el acompañamiento continuado, la intimidad, o el contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento.

En caso de que fuese necesaria una inducción al parto la realización de un parto instrumental o una cesárea desearía hacer constar mis preferencias:

OBSERVACIONES Y OTROS ASPECTOS NO CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

13.3 Anexo 4: Consentimiento Informado

MODELO DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ASISTENCIA NATURAL AL PARTO EN EL HOSPITAL

Yo,.....,
y mi pareja,.....,
damos nuestro consentimiento para que a mí, la madre, como al recién nacido se
nos aplique en el parto la *Guía de Práctica Clínica de Parto Natural Hospitalario*.

Asimismo, manifestamos que la matrona.....
nos ha dado información sobre esta guía que hemos podido hacer las preguntas que
nos han parecido oportunas y nos han aclarado las dudas que teníamos respecto a
la aplicación.

Finalmente, nos han informado de que, en caso de que haya peligro para nuestro
hijo o para mí, la madre, los profesionales aplicarán las necesidades que estimen
convenientes y nos informarán de la situación.

Madre.....

Pareja.....

Profesional sanitario.....

.....,.....de.....de 20....